

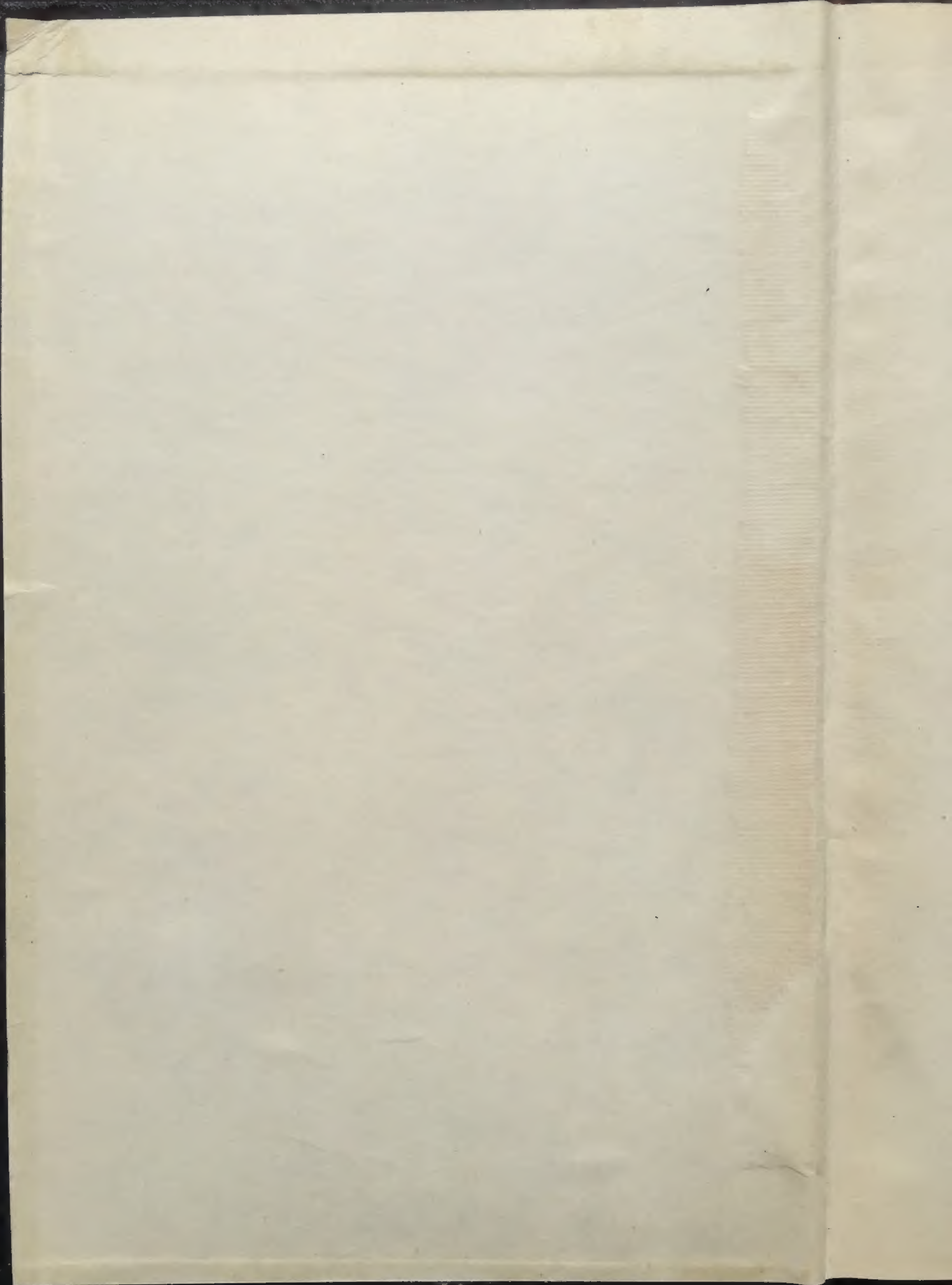
М. И. АВДЕЕВ

СУДЕБНО

МЕДИЦИНСКАЯ

ЭКСПЕРТИЗА

ЖИВЫХ ЛИЦ



М

С

М

З

Ж

М. И. А В Д Е Е В

СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА
ЖИВЫХ ЛИЦ

*Руководство
для судебно-медицинских
экспертов и врачей других
специальностей*



Издательство „Медицина“
Москва — 1988

В руководстве рассматриваются все основные разделы судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Особое внимание уделено вопросам судебно-медицинской экспертизы телесных повреждений, трудоспособности, отправлений пола и половых правонарушений. Подробно излагается методика исследования, документация и формулирование результатов исследования. Приводятся определения наиболее часто встречающихся в судебно-медицинской практике понятий, а также основные сведения о процессуальных правах и обязанностях эксперта и другие сведения из области права для правильной ориентации в них эксперта.

Подобное руководство издается впервые и окажет большую практическую помощь судебно-медицинским экспертам и врачам других специальностей при проведении ими судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Оно необходимо также юристам различных профилей: следователям, судьям, адвокатам, работникам милиции.

Работа хорошо иллюстрирована, содержит 30 таблиц и 82 рисунка.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	2
Введение	5

Часть первая

Общие положения судебно-медицинской экспертизы живых лиц

Глава	I. Основные процессуальные положения судебно-медицинской экспертизы живых лиц	7
Глава	II. Поводы и порядок судебно-медицинской экспертизы живых лиц	16
Глава	III. Некоторые особенности судебно-медицинской экспертизы живых лиц	24

Часть вторая

Судебно-медицинская экспертиза по поводу телесных повреждений

Глава	IV. Тяжкие телесные повреждения	37
Глава	V. Менее тяжкие и легкие телесные повреждения	59
Глава	VI. Характеристика и оценка степени тяжести телесных повреждений отдельных областей тела	62
Глава	VII. Другие вопросы, возникающие при определении степени тяжести телесных повреждений	115
Глава	VIII. Объяснения некоторых понятий, встречающихся при экспертизе телесных повреждений, и методические указания по ее проведению	127
Глава	IX. Особенности судебно-медицинской экспертизы при отдельных видах повреждений. Определение механизма повреждений	136
Глава	X. Судебно-медицинская экспертиза рубцов кожи	150
Глава	XI. Судебно-медицинская экспертиза заражения венерической болезнью	155

Часть третья

Судебно-медицинская экспертиза определения утраты трудоспособности, состояния здоровья, притворных и искусственных болезней и самоповреждений

Глава	XII. Судебно-медицинская экспертиза по поводу определения размера утраты трудоспособности	160
Глава	XIII. Судебно-медицинская экспертиза определения состояния здоровья	171
Глава	XIV. Судебно-медицинская экспертиза самоповреждений, искусственных и притворных болезней	175

Часть четвертая

Судебно-медицинская экспертиза по вопросам, связанным с отправлением пола

Раздел первый

Судебно-медицинская экспертиза установления пола и по делам, связанным с нормальным отправлением половых функций

Глава	XV. Судебно-медицинская экспертиза установления истинного пола	219
-------	--	-----

Глава XVI. Судебно-медицинская экспертиза установления половой зрелости	223
Глава XVII. Судебно-медицинская экспертиза установления способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию	242
Глава XVIII. Судебно-медицинская экспертиза установления половой неприкосновенности	255
Глава XIX. Судебно-медицинская экспертиза установления беременности, родов, аборта	269

Раздел второй

Судебно-медицинская экспертиза в делах о расследовании половых преступлений

Глава XX. Общие данные	286
Глава XXI. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании уголовных дел по поводу развратных действий	291
Глава XXII. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел об изнасиловании	298
Глава XXIII. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел о мужеложстве	323

Часть пятая

Судебно-медицинская экспертиза установления возраста и алкогольного опьянения

Глава XXIV. Судебно-медицинская экспертиза установления возраста	327
Глава XXV. Судебно-медицинская экспертиза установления алкогольного опьянения	347
Перечень использованной при составлении руководства литературы	368

Авдеев Михаил Иванович

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц

Редактор В. В. Томилин

Техн. редактор В. С. Артамонова, Корректор Т. А. Кузьмина

Художественный редактор Н. А. Гурова, Переплет художника К. Высоцкой

Сдано в набор 17/VII 1967 г. Подписано к печати 21/XII 1967 г. Формат бумаги 70×108¹/₁₆ печ. л. 23,5+¹/₂ печ. л. вкл. (условных 33,08 л.) 34,20 уч.-изд. л. Бум. тип. № 1. Тираж 5000 экз. Т-16 843 МН-73

Издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер. 6/8. Заказ 426. Типография издательства «Звезда», Минск, Ленинский пр., 79. Цена 3 р. 53 к.

ОТ АВТОРА

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц занимает первое место среди всех ее видов. Ее приходится проводить не только судебно-медицинским экспертам, но и врачам других специальностей, особенно в районах. Разрешаемые при этом вопросы имеют свою специфику. Специфические особенности имеют методика судебно-медицинского исследования, документация и формулирование результатов исследования, т. е. заключения эксперта. Практика судебно-медицинской экспертизы показывает, что неосведомленность и недостаточная подготовленность врача в проведении экспертизы могут вызвать ошибки и как следствие неправильное судебное решение.

Необходимость в специальном руководстве по судебно-медицинской экспертизе живых лиц назрела уже давно. В основу руководства положены материалы судебно-медицинской практики, отображающие ее сложность и многообразие. Виды экспертизы, которые приходится проводить только самому судебно-медицинскому эксперту, изложены особенно подробно. Это относится прежде всего к экспертизе телесных повреждений, притворных, искусственных болезней, возраста, половой зрелости, при половых преступлениях. Там же, где основные вопросы разрешаются другими специалистами, например определение беременности, производительной способности и др., приведены в основном лишь справочные, ориентирующие материалы, без которых нельзя было обойтись.

Особое внимание уделено уточнению и определению встречающихся в судебной и судебно-медицинской практике понятий, с которыми приходится встречаться при проведении судебно-медицинской экспертизы. Неправильные представления об этих понятиях нередко связаны с ошибочным заключением эксперта. Эти сведения должны быть известны и юристам при постановке вопросов экспертам и при оценке экспертных заключений.

Крайне необходимо было привести хотя бы кратко основные сведения о процессуальных правах и обязанностях эксперта, некоторых юридических понятиях, уголовно-правовой характеристике правонарушений

и другие сведения из области права для того, чтобы эксперт правильно ориентировался в стоящих перед ним задачах.

Автор руководствовался желанием оказать практическую помощь судебно-медицинским экспертам и врачам других специальностей при проведении ими судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Это первый опыт составления руководства по указанному вопросу, поэтому оно, конечно, не свободно от недостатков. Автор с признательностью примет все деловые замечания тех, кому придется пользоваться этим руководством.

А в т о р

Судебно-медицинская экспертиза
Судебно-медицинская экспертиза
Судебно-медицинская экспертиза

В уголовно-правовом смысле

по поводу преступления

и другими преступлениями

бы путем членов

когда возникает

В гражданском праве

производится по

воду причинения

ния, санаторно-курортных

Круг медицинских

весьма обширен

Поэтому разрешаются

но судебно-медицинской

ориентирован и

ры наиболее часто

эти вопросы суд

ластов. Например

травмы и их оц

установление пр

водов — с учас

причинной связи

акушера-гинеколо

В качестве экс

врачам, особенно

но-медицинский

Здесь и в дальн

для при этом им

ВВЕДЕНИЕ

Судебно-медицинское исследование живых лиц в процессе производства уголовных и гражданских дел занимает первое место среди других видов судебно-медицинской экспертизы.

В уголовных делах судебно-медицинское исследование живых лиц связано преимущественно с привлечением к уголовной ответственности по поводу преступлений против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности (глава 3 УК РСФСР)¹, в связи с некоторыми воинскими и другими преступлениями, например при уклонении от военной службы путем членовредительства, грабеже, разбое и других преступлениях, когда возникают вопросы, касающиеся жизни или здоровья человека.

В гражданских делах судебно-медицинское исследование живых лиц производится преимущественно в связи с гражданскими исками по поводу причинения ущерба здоровью, инвалидности, необходимости лечения, санаторно-курортного обеспечения, при алиментных исках, в бракоразводных делах и по другим поводам.

Круг медицинских вопросов, возникающих в судебной практике, весьма обширен и охватывает очень многие медицинские специальности. Поэтому разрешение ряда вопросов не может быть осуществлено лично судебно-медицинским экспертом. Однако он должен быть хорошо ориентирован и в тех основных вопросах других специальностей, которые наиболее часто рассматриваются в судебной практике. Но решать эти вопросы судебно-медицинский эксперт должен с помощью специалистов. Например, выявление последствий закрытой черепно-мозговой травмы и их оценка должны производиться при участии невропатолога; установление производительной способности у мужчин по различным поводам — с участием уролога, невропатолога, психиатра; установление причинной связи прерывания беременности с травмой — с участием акушера-гинеколога и т. д.

В качестве эксперта в суд может быть вызван любой врач. Поэтому врачам, особенно работающим в районах, где не всегда имеется судебно-медицинский эксперт, необходимы практические и теоретические

¹ Здесь и в дальнейшем везде будут указываться статьи законов РСФСР. Необходимо при этом иметь в виду соответствующие статьи законов союзных республик.

сведения о порядке проведения экспертизы, о вопросах судебно-медицинского характера, возникающих в судебной практике, их разрешении и других особенностях и деталях проведения судебно-медицинской экспертизы.

Большой практический опыт и материалы судебно-медицинской экспертизы живых лиц выявляют многие сложные вопросы и проблемы, требующие разъяснения.

Развитие медицинских специальностей, большое количество новых сведений, методов исследования требуют их знания и возможностей применения в судебно-медицинской практике. Судебно-медицинский эксперт нередко лишен возможности многие из этих сведений получить и правильно их реализовать в своей практической работе.

Вот почему давно назрела необходимость в специальном руководстве по судебно-медицинской экспертизе живых лиц, в котором были бы собраны по возможности все необходимые сведения для проведения этой очень важной работы.

Часть 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

Глава I

ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

Органы расследования и суд могут поручить производство судебно-медицинской экспертизы любому врачу и несудебно-медицинскому эксперту. Проведение судебно-медицинской экспертизы обусловлено соблюдением определенных требований закона, процессуальных норм. Поэтому необходимо, хотя бы кратко, привести основные сведения о процессуальных положениях, касающихся проведения судебно-медицинской экспертизы. Это должно помочь врачу, выполняющему функции эксперта, правильно ориентироваться в своих обязанностях и правах.

Освидетельствование и экспертиза. Врач может быть привлечен к освидетельствованию и к экспертизе. Эти действия отличаются между собой. Освидетельствование — следственное действие, проводимое следователем, иногда с привлечением врача. Экспертиза — это исследование, проводимое специалистом (врачом), при котором следователь имеет право присутствовать. За освидетельствование несет ответственность следователь, за экспертизу — специалист (врач).

Освидетельствование. Уголовно-процессуальный кодекс (ст. 181 УПК РСФСР) предусматривает освидетельствование. Последнее является процессуальным действием и представляет собой вид судебно-следственного осмотра.

Следователю законом предоставлено право произвести освидетельствование обвиняемого, подозреваемого, свидетеля или потерпевшего. Освидетельствование производится самим следователем по различным поводам, например для установления на их теле следов преступления или наличия особых примет (татуировок определенного содержания на определенных местах, рубцов, каких-либо надписей и др.), если при этом не требуется судебно-медицинской экспертизы. Освидетельствование производится в присутствии понятых, а в некоторых случаях с участием врача. Если освидетельствование сопровождается обнажением свидетельствуемого лица, то понятые должны быть того же пола. При освидетельствовании не может присутствовать следователь, если освидетельствованию подвергается лицо другого пола и оно сопровождается обнажением свидетельствуемого лица. В этом случае освидетельствование производится врачом в присутствии понятых. Следователь может при этом присутствовать при согласии свидетельствуемого.

Экспертиза. Одним из доказательств по уголовному делу являются фактические данные, устанавливаемые заключением эксперта (ст. 63 УПК). Экспертиза назначается в случаях, когда при дознании, предварительном следствии и при судебном разбирательстве необходимы специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений или иными специалистами. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения (ст. 78 УПК).

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц производится обычно экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы. Закон предусматривает, что экспертом может быть назначен любой специалист, обладающий необходимыми познаниями, т. е. для проведения судебно-медицинской экспертизы может быть назначен любой врач.

Порядок назначения экспертизы. Если возникает необходимость в проведении экспертизы, следователь выносит об этом постановление, в котором указываются: основания для назначения экспертизы, фамилия эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть произведена экспертиза, вопросы, поставленные перед экспертом, и материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. До назначения эксперта следователь выясняет необходимые данные о его специальности и компетентности (ст. 184 УПК). Судебно-медицинская экспертиза может производиться только в установленном Законом порядке, только по назначению лица, производящего дознание, или следователя, или прокурора, или суда (ст. 78 УПК). Судебно-медицинская экспертиза не может производиться по просьбе частных лиц, учреждений, организаций, товарищеских судов.

Обязательное проведение экспертизы. Проведение судебно-медицинской экспертизы живых лиц обязательно: 1) для установления характера телесных повреждений; 2) для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют (ст. 79 УПК)¹.

Обязанности и права эксперта. Врач, назначенный экспертом, обязан явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам (ст. 82 УПК).

Эксперт имеет право:

1. Знакомиться с материалами дела, относящимися к проведению экспертизы;
2. Заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;
3. С разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда присутствовать при допросах и других следственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы (ст. 82 УПК).

Если поставленный эксперту вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или представленные ему материалы недостаточны для заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение (ст. 82 УПК).

Следовательно, эксперт может и не отвечать на поставленные ему вопросы, если они не относятся к его специальности, его специальным знаниям или если представляемые материалы недостаточны. В таком

¹ В ст. 79 УПК предусматривается также психическое состояние обвиняемого и др., что имеет отношение к судебно-психиатрической экспертизе.

случае эксперт должен объяснить, почему невозможно ответить на поставленные вопросы.

Производство экспертизы в экспертном учреждении может быть поручено работающему в этом учреждении эксперту. Следователь направляет в данное учреждение постановление о назначении экспертизы и необходимые для ее проведения материалы.

Руководитель экспертного учреждения поручает экспертизу одному или нескольким сотрудникам данного учреждения. По поручению следователя руководитель экспертного учреждения разъясняет сотрудникам, которым поручается производство экспертизы, права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК, предупреждает их об ответственности за отказ или уклонение от заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. 181 и 182 УК, о чем отбирает у них подписку. Последняя вместе с заключением эксперта направляется следователю (ст. 187 УПК).

Производство экспертизы вне экспертного учреждения. При проведении экспертизы вне экспертного учреждения следователь выносит постановление о назначении экспертизы, вызывает к себе лицо, которому поручается экспертиза, удостоверяется в его личности, специальности и компетентности, устанавливает отношение эксперта к обвиняемому, подозреваемому, потерпевшему и проверяет, нет ли оснований к отводу эксперта.

Следователь вручает эксперту постановление о назначении экспертизы, разъясняет ему права и обязанности, предусмотренные ст. 82 УПК, и предупреждает об ответственности за отказ или за дачу заведомо ложного заключения. Обо всем этом следователь делает отметку в постановлении о назначении экспертизы, которая удостоверяется подписью эксперта (ст. 189 УПК).

Допрос эксперта. Следователь имеет право допросить эксперта для разъяснения или дополнения данного экспертом заключения. При допросе эксперта составляется протокол с соблюдением требований ст. ст. 141 и 142 УПК (ст. 192 УПК).

Заключение эксперта. Эксперт дает заключение от своего имени на основании произведенных исследований и соответствии с его специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность.

При назначении для экспертизы нескольких экспертов они до дачи заключения совещаются между собой. Если эксперты одной специальности придут к общему заключению, последнее подписывается всеми экспертами. В случае разногласия между экспертами каждый эксперт дает свое заключение отдельно (ст. 80 УПК). Так как эксперт несет личную ответственность за заключение, то никто не может потребовать от эксперта, чтобы он дал иное заключение или изменил ранее данное им. Он сам отвечает за свое заключение.

Содержание заключения эксперта. Проведенные исследования оформляются документом — заключением эксперта. Закон предусматривает содержание заключения эксперта. В нем должно быть указано: когда, где, кем (фамилия, имя и отчество, образование, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была произведена экспертиза, кто присутствовал при экспертизе, какие материалы эксперт использовал, какое исследование произвел, какие вопросы были поставлены эксперту и его мотивированные ответы. Если при проведении экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, но по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении. Заклю-

чение дается в письменном виде и подписывается экспертом (ст. 191 УПК).

Отвод эксперта. Эксперту может быть заявлен отвод. Эксперт не может принимать участия в производстве по делу в следующих случаях:

1) если он является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком, свидетелем, а также если он участвовал в данном деле в качестве переводчика, лица, производившего дознание, следователя, обвинителя, защитника, законного представителя обвиняемого, представителя потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика;

2) если он является родственником потерпевшего, гражданского истца, гражданского ответчика или их представителей, родственником обвиняемого или его законного представителя, родственником обвинителя, защитника, следователя или лица, производившего дознание;

3) если имеются иные обстоятельства, дающие основание считать, что эксперт лично, прямо или косвенно заинтересован в этом деле (ст. 59 УПК);

4) если он находился или находится в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика;

5) если он производил по данному делу ревизию, материалы которой послужили основанием к возбуждению уголовного дела;

6) в случае, когда обнаружится его некомпетентность (ст. 67 УПК).

Ответственность эксперта за отказ или уклонение от дачи заключения и за заведомо ложное заключение предусмотрена ст. ст. 181 и 182 УК. Заведомо ложное заключение эксперта наказывается лишением свободы на срок до одного года или исправительными работами на тот же срок.

Отказ эксперта от дачи заключения в судебном заседании либо при проведении предварительного следствия или дознания наказывается исправительными работами на срок до 6 месяцев или штрафом до 50 рублей, или общественным порицанием.

Возмещение эксперту понесенных им расходов. За лицом, вызываемым в качестве эксперта, сохраняется средний заработок по месту его работы за все время, затраченное им в связи с вызовом к лицу, производящему дознание, следователю, прокурору или в суд. Кроме того, эксперт имеет право на возмещение понесенных расходов по явке.

Эксперт имеет право на вознаграждение за выполнение своих обязанностей, кроме тех случаев, когда эти обязанности выполнялись в порядке служебного задания (ст. 106 УПК).

Судебно-медицинская экспертиза может назначаться органами дознания, которыми являются:

1) органы милиции;

2) командиры воинских частей, соединений и начальники военных учреждений — по делам о всех преступлениях, совершенных подчиненными им военнослужащими, а также военнообязанными во время прохождения ими учебных сборов; по делам о преступлениях, совершенных рабочими и служащими вооруженных сил, в связи с исполнением служебных обязанностей или в расположении части, соединения, учреждения;

3) органы государственной безопасности — по делам, отнесенным законом к их ведению;

4) начальники исправительно-трудовых учреждений — по делам о преступлениях против установленного порядка несения службы, совер-

шенных сотрудниками этих учреждений, а равно по делам о преступлениях, совершенных в расположении исправительно-трудовых учреждений;

5) органы государственного пожарного надзора — по делам о пожарах и о нарушении противопожарных правил;

6) органы пограничной охраны — по делам о нарушении государственной границы;

7) капитаны морских судов, находящихся в дальнем плавании, и начальники зимовок в период отсутствия транспортных связей с зимовкой (ст. 117 УПК).

Таково краткое изложение процессуальных положений, которые необходимо знать врачу, привлекаемому в качестве эксперта.

Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта. При экспертизе живых лиц судебно-медицинскому эксперту и врачу-эксперту в процессе производства по делу задают самые разнообразные вопросы. На одни вопросы эксперт может, должен и обязан отвечать — это вопросы, относящиеся к специальности эксперта. Другие вопросы, не относящиеся к его специальности, эксперт обязан отклонить, отказаться от ответа на них. Это право и обязанность эксперта предусмотрены Законом.

«...Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта...» (ст. 78 УПК).

Эксперт должен строго придерживаться пределов своих специальных знаний. Прежде всего он не должен в своих заключениях касаться вопросов умысла, неосторожности, противоправности, квалификации действия.

Так, эксперт не может в своем заключении указывать, что имело место изнасилование, членовредительство и др. Эти понятия юридические и решаются следователем, судом.

Эксперт обязан установить, если ему это позволяют медицинские данные, происхождение повреждений, были ли они причинены посторонней или собственной рукой, механизм возникновения повреждений, давность их и другие особенности. Эксперт может сопоставлять объективные данные, обнаруженные им при исследовании, с объяснениями свидетельствуемого и отвечать на вопрос, соответствуют ли объективные данные объяснениям свидетельствуемого.

Определение и разграничение правовых и медицинских понятий. Судебно-медицинскому эксперту в процессе расследования и при судебном разбирательстве ставят на разрешение вопросы самого различного характера. Как было сказано выше, эксперт должен, ознакомившись с вопросами, выяснить, что не относится к его компетенции как специалиста. Для недостаточно опытных экспертов и врачей, которым случайно приходится выступать в качестве экспертов, иногда кажется, что они обязаны отвечать на любой вопрос, который им задает следователь или судья. Еще и сейчас в законе встречаются понятия, которые не имеют четкого определения. Одни считают, что это понятия медицинские, другие — что это понятия юридические. Работники органов расследования и суда задают судебно-медицинскому эксперту вопросы, относящиеся к подобным понятиям, и судебно-медицинские эксперты на такие вопросы отвечают, не учитывая того, что это понятия не медицинские. Поэтому необходимо обратить внимание экспертов на такого рода понятия.

При судебно-медицинской экспертизе живых лиц приходится встречаться со следующими понятиями: *сильное душевное волнение, наси-*

лие, истязание, опасность для жизни и для здоровья, увечье, половая зрелость, растление, изнасилование, членовредительство. К таким понятиям относятся также вменяемость и дееспособность. Так как эти понятия относятся к судебно-психиатрической экспертизе, то здесь они рассматриваться не будут.

Ответы экспертов на вопросы, относящиеся к не медицинским понятиям, могут на практике приводить к судебным ошибкам, поэтому эксперту нужно быть очень осторожным в заключениях и не выходить за пределы своих специальных знаний.

Сильное душевное волнение — понятие психологическое и бытовое, но не медицинское. Если исключается патология, т. е. не возникает подозрения в психическом заболевании, то возможность или невозможность душевного волнения в конкретном случае устанавливается следователем, судом. Они устанавливают, могли ли определенные действия (слова, поступки) потерпевшего или других лиц вызвать сильное душевное волнение у обвиняемого. Судебно-медицинский эксперт не устанавливает сильного душевного волнения.

Н а с и л и е. В ряде статей УК РСФСР (ст. ст. 145, 146 УК) имеются отягчающие признаки — «насилие, не опасное для жизни и здоровья потерпевшего», «насилие, опасное для жизни и здоровья потерпевшего». В практике судебно-медицинскому эксперту иногда предъявляются требования определить, было ли насилие опасным для жизни или здоровья или не опасным. Ответом эксперта на этот вопрос следователь или суд пытается установить квалификацию действия в одних случаях как грабежа, в других случаях как разбоя. Определения понятия насилия в Законе не дано. Неясно, что следует понимать под насилием. Насилие может быть в виде способа, опасного для жизни и здоровья потерпевшего, например выстрела из огнестрельного оружия, угрозы ударить ножом, топором и др., или в виде причинения вреда здоровью, опасного для жизни, т. е. повреждения. Опасность для жизни способа насилия не определяется судебно-медицинским экспертом, а должна определяться следователем, судом. Эксперт же может определить лишь опасность для жизни повреждения, т. е. последствий уже причиненного повреждения.

Неясно, что является «насилием, опасным для здоровья потерпевшего», что нужно понимать под опасностью для здоровья. С медицинской точки зрения это непонятно и должно быть разъяснено. Ссадина, царапина — это уже опасность для здоровья. Если нападавший толкнул свою жертву в лужу с ледяной водой и жертва промочила ноги, то налицо опасность для здоровья. Если бы в Законе вместо опасности для здоровья были указаны признаки в виде тяжкого, менее тяжкого или легкого с кратковременным расстройством повреждения, то это эксперт может и должен определять. А вот что такое «насилие, опасное для здоровья», понять нельзя и требует разъяснений. Тем более, оказывается, что по данному признаку можно отграничить грабеж от разбоя. «Опасность для здоровья» не должна определяться судебно-медицинским экспертом. Это должны и могут определять следователь и суд, так как для этого не требуется специальных знаний, кроме отдельных случаев.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РСФСР в своем определении по делу Алхазова разъяснила, что под насилием, опасным для жизни и здоровья, о котором говорится в ст. 146 УК РСФСР, следует понимать насилие, повлекшее причинение потерпевшему тяжкого телесного повреждения, менее тяжкого телесного повреж-

дения, а также легкого телесного повреждения с кратковременным расстройством здоровья или незначительной стойкой утратой трудоспособности (Бюллетень Верховного Суда РСФСР № 10, 1966 г.)

Таким образом, для установления, было ли насилие опасным для жизни и здоровья, судебно-медицинскому эксперту следует ставить вопрос о степени тяжести причиненных потерпевшему повреждений и в зависимости от заключения эксперта квалифицировать действия обвиняемого.

Истязания и мучения. Правила по определению степени тяжести телесных повреждений Министерства здравоохранения РСФСР определяют истязание как нанесение повреждений, связанных с причинением особой боли, а мучения, как лишение пищи, питья, тепла, — способом, опасным для жизни. Однако эти определения не точны и не имеют медицинских признаков.

Поэтому мучения и истязания также должны по существу определяться юристом, а не экспертом.

Увечье. С 1/I 1962 г. вошел в действие Указ Президиума Верховного Совета СССР от 2/X 1961 г. «О порядке рассмотрения споров о возмещении предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой». Указ предусматривает *увечье* или иное *повреждение здоровья*. Повреждение здоровья — широкое понятие, охватывающее любое расстройство здоровья, вызванное любой вредностью, любым внешним фактором, в том числе и увечьем. Определения понятия «увечье» ни в Законе, ни в Указе Верховного Совета СССР не дано. Увечье следует рассматривать также как расстройство здоровья, а расстройство здоровья определяется судебно-медицинским экспертом.

Половая зрелость определяется в связи с уголовными делами, возникшими по поводу половых преступлений. Половая зрелость — понятие биологическое и определяется биологическими признаками, устанавливаемыми на основании детального осмотра специалистом и измерений. Достижение или недостижение половой зрелости определяется судебно-медицинским экспертом. Так как это понятие очень неопределенное, то подробнее о нем будет сказано при рассмотрении судебно-медицинской экспертизы по определению половой зрелости.

Раствление. К таким укоренившимся в правовой практике и «само собой разумеющимся» понятиям относится и «раствление». Под «раствлением» в юридической литературе понимается нарушение целости девственной плевы и только при половом сношении. Если же такое нарушение произошло при развратных действиях или при гинекологическом исследовании, то это под понятие «раствления» не подходит. В уголовных кодексах некоторых союзных республик растление относится к отягчающим признакам преступления, заключающегося в половом сношении с лицом, не достигшим половой зрелости. В медицинской практике хорошо известно, что повреждение девственной плевы при первом половом сношении происходит далеко не всегда и не у всех, что зависит от особенностей ее анатомического строения. Это признак, следовательно, индивидуальный, а не общий. Раствление — понятие не медицинское, и поэтому наличие или отсутствие раствления не должно определяться судебно-медицинским экспертом. Эксперт должен установить факт имевшего место полового сношения, наличия или отсутствия нарушения целости девственной плевы и не давать заключения о наличии или отсутствии раствления.

Изнасилование, т. е. насильственное половое сношение,— понятие юридическое (см. ниже).

Судебно-медицинский эксперт не устанавливает изнасилования, а доказывает факт имевшего место введения полового члена во влагалище, наличие повреждений, их происхождение. Подробнее это будет рассмотрено в разделе судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях.

Половая страсть. Статьи 118, 119 УК предусматривают «удовлетворение половой страсти». Судебно-медицинскому эксперту может быть поставлен вопрос, имело ли место удовлетворение половой страсти.

«Половая страсть» — понятие не медицинское, не имеет медицинских признаков и ее наличие или отсутствие не должно определяться судебно-медицинским экспертом.

Членовредительство — противоправное, умышленное причинение вреда своему здоровью самим или при помощи другого лица. Случайное или умышленное, но не противоправное причинение вреда здоровью не является членовредительством. Членовредительство устанавливается по умыслу и его направленности и является понятием юридическим. Судебно-медицинский эксперт устанавливает наличие причинения вреда здоровью, его способ, возможность или невозможность причинения повреждения собственной рукой.

Таковы те понятия, которые встречаются в Законе, и разъяснения по поводу этих понятий для судебно-медицинских экспертов. Более подробно они будут рассмотрены в соответствующих разделах.

В практике могут встретиться вопросы, связанные и с другими не медицинскими понятиями, поэтому судебно-медицинскому эксперту следует всегда разбираться в поставленных перед ним вопросах, относящихся или не относящихся эти вопросы к его специальности. Ниже приводится объяснение некоторых юридических терминов, встречающихся в Законе.

Обвиняемый, подозреваемый, потерпевший. Необходимо различать, что под этими понятиями подразумевается в Законе (УПК).

Обвиняемый — лицо, в отношении которого в установленном порядке вынесено постановление о привлечении в качестве обвиняемого. Обвиняемый, преданный суду, именуется подсудимым. Обвиняемый, в отношении которого вынесен обвинительный приговор, именуется осужденным (ст. 46 УПК).

Подозреваемый: 1) лицо, задержанное по подозрению в совершении преступления; 2) лицо, к которому применена мера пресечения до предъявления обвинения (ст. 52 УПК).

Потерпевший — лицо, которому преступлением причинен моральный, физический или имущественный вред. О признании гражданина потерпевшим следователь, лицо, производящее дознание, и судья выносит постановление, а суд — определение (ст. 53 УПК).

В дальнейшем изложении лицо, подвергаемое судебно-медицинской экспертизе, будет именоваться «свидетельствуемый»; им может быть и обвиняемый, и подозреваемый, и потерпевший.

О преступлении, вине, умысле, неосторожности, случае. Для того чтобы правильно выполнять свои функции, судебно-медицинский эксперт, врач, привлекаемый к проведению экспертизы, должны иметь некоторые представления о юридических, уголовно-правовых понятиях. Это необходимо, во-первых, для того, чтобы не вторгаться в сферу обязанностей юриста (следователя, судьи), во-вторых,

при производстве экспертизы не касаться в своих рассуждениях ответственности обвиняемого, его вины, умысла, неосторожности.

Преступлением признается предусмотренное Особенной частью Уголовного кодекса общественно опасное деяние (действие или бездействие), посягающее на социалистический или общественный строй, социалистическую систему хозяйства, социалистическую собственность, личность, политические, трудовые, имущественные и другие права граждан, а равно иное, посягающее на социалистический правопорядок общественно опасное деяние, предусмотренное Особенной частью Уголовного кодекса (ст. 74 УК РСФСР).

Судебно-медицинскому эксперту необходимы сведения по уголовному праву, уголовному процессу, знания кодексов (уголовного, уголовно-процессуального, гражданского, гражданско-процессуального — УК, УПК, ГК, ГПК).

В ст. 3 «Основы уголовного законодательства СССР» сказано: «Уголовной ответственности и наказанию подлежит только лицо, виновное в совершении преступления, т. е. умышленно или по неосторожности совершившее предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние». Таким образом, вина есть умысел или неосторожность лица, выраженные в совершенном им деянии, опасном для советского строя или социалистического правопорядка. Наказание может быть применено к лицу, совершившему общественно опасное действие лишь при наличии умысла или неосторожности.

Умысел и неосторожность — это формы вины. Преступление признается совершенным умышленно, если лицо, его совершившее, сознавало общественно опасный характер своего действия или бездействия, предвидело его общественно опасные последствия и желало их или сознательно допускало наступление этих последствий (ст. 8 УК РСФСР).

Преступление признается совершенным по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывало на их предотвращение либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть (ст. 94 УК РСФСР).

Из этих указаний Закона видно, что квалификация действия лица, совершившего правонарушение, зависит от умысла или неосторожности. И то и другое устанавливает суд на основании оценки представленных органами расследования доказательств. Заключение судебно-медицинского эксперта является лишь одним из доказательств. В некоторых делах, в частности связанных с причинением телесных повреждений, заключение эксперта о степени тяжести телесного повреждения является самым важным и решающим доказательством. Вот почему эксперт должен строго ограничивать себя рамками своей специальности, не касаясь умысла, неосторожности и других вопросов, относящихся к ведению юриста (следователя, прокурора, судьи).

Случай. Если нет ни умысла, ни неосторожности, следовательно, нет и вины, а имел место случай. Обычно в быту, да и в экспертной практике определяют такое происшествие как несчастный случай. В юридической практике нет понятия «несчастный случай», а когда отсутствует умысел и неосторожность, то говорят, что имел место случай. Доказать, что это был случай, можно только после того, как установлено отсутствие умысла и неосторожности.

Следовательно, умысел, неосторожность, случай устанавливаются следователем, судьей на основании оценки собранных доказательств по делу.

Глава II

ПОВОДЫ И ПОРЯДОК СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

Поводы к судебно-медицинскому исследованию живых лиц. Возникающие в правовой практике вопросы, касающиеся жизни и здоровья человека, весьма разнообразны и относятся ко многим медицинским специальностям. Практика показывает, что исследование живых лиц производится по определенным поводам, которые возникают в уголовных и гражданских делах. Судебно-медицинская экспертиза проводится по следующим поводам.

1. При телесных повреждениях различного происхождения:

а) для определения степени тяжести телесного повреждения и решения других вопросов, связанных с повреждением (происхождение и механизм повреждения, давность повреждения, возможность причинения повреждения посторонней или собственной рукой и др.);

б) для определения размеров утраты трудоспособности;

в) для установления заражения венерической болезнью;

г) для определения состояния здоровья, физического состояния свидетеля, потерпевшего;

д) для определения искусственных и притворных болезней (симуляции, диссимуляции, аггравации, самоповреждения).

2. При определении полового состояния:

а) для определения спорного полового состояния (гермафродитизма);

б) для определения половой неприкосновенности;

в) для определения половой зрелости;

г) для определения производительной способности (способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию, деторождению);

д) для определения беременности, существовавшей, существующей, бывших родов, аборта.

3. При половых преступлениях:

а) для определения имевшего место полового сношения и повреждений;

б) для определения развратных действий;

в) для определения мужеложства.

4. По другим поводам:

а) для определения возраста;

б) для определения тождества личности;

в) для определения состояния и степени опьянения.

Место и условия экспертизы живых лиц. Исследование живых лиц приходится проводить в различных условиях и только в официальных учреждениях: в амбулаториях, в стационарном лечебном учреждении, в камере у следователя, в судебном заседании, в местах заключения, иногда в виде исключения на дому у свидетельствуемого, но ни в коем случае не у себя на дому.

Экспертиза в амбулатории. При городских (Москва, Ленинград), областных и краевых бюро судебно-медицинской экспертизы обычно имеются специальные судебно-медицинские кабинеты, амбулатории, где и проводится судебно-медицинское исследование живых лиц. В крупных городах имеются специальные судебно-медицинские амбулатории с рядом отделений: для исследования по поводу повреждений,

определения возраста; для акушерско-гинекологического исследования; для исследования по поводу установления производительной способности и заражения венерической болезнью, по подозрению в мужеложестве; для исследования по поводу определения размеров утраты общей и профессиональной трудоспособности.

Судебно-медицинские эксперты проводят экспертизу по поводу повреждений, привлекая через следователя в необходимых случаях других специалистов: травматолога, невропатолога, офтальмолога, отоларинголога и др. Акушерско-гинекологическое исследование проводится судебно-медицинским экспертом, специализировавшимся в области акушерско-гинекологической экспертизы, или при участии консультанта, специалиста акушера-гинеколога. Специальные исследования по венерологии, урологии проводятся специализировавшимися в этой области судебно-медицинскими экспертами или при участии консультантов-специалистов — венерологов, урологов. Участие консультантов-специалистов оформляется постановлением следователя.

В небольших областных городах, в районных центрах амбулаторная экспертиза проводится районным судебно-медицинским экспертом, обычно в поликлиническом учреждении, где имеется возможность пригласить для участия в экспертизе нужного специалиста.

Экспертиза в стационарном лечебном учреждении. В отдельных случаях приходится проводить судебно-медицинское исследование лица, находящегося в стационарном лечебном учреждении, когда пострадавший по поводу тяжелой травмы, отравления, заболевания поступает в лечебное учреждение и находится в нем продолжительное время. Экспертиза проводится и вскоре после поступления пострадавшего в лечебное учреждение, когда органам расследования необходимо срочно выяснить характер травмы, отравления и др., степень тяжести телесного повреждения, от чего зависят дальнейшие следственные действия или избрание меры пресечения по отношению к обвиняемому, подозреваемому. Если, например, телесное повреждение у пострадавшего оказывается тяжким или менее тяжким, то может идти речь о заключении обвиняемого под стражу.

Иногда необходимость проведения исследования в лечебном учреждении может быть обусловлена тем, что по делу имеется арестованный, и дальнейшее содержание его под стражей зависит от результатов экспертизы. При экспертизе в лечебном учреждении иногда приходится привлекать в качестве консультантов или экспертов врачей этого учреждения, обязательно по постановлению следователя.

Наблюдение в стационарном лечебном учреждении. Иногда судебно-медицинский эксперт, осматривая потерпевшего, устанавливает, что для выяснения ряда вопросов и дачи заключения требуются детальное обследование и наблюдение свидетелеваемого, что не может быть выполнено в условиях амбулатории, или что наблюдение необходимо в течение известного времени в стационарном лечебном учреждении. В этих случаях эксперт, осмотрев направленное для экспертизы лицо, составляет первичное заключение, в котором указывает, что для окончательного заключения требуются обследование и наблюдение в стационарном лечебном учреждении. При этом указывается примерный срок, в течение которого необходимо провести наблюдение, а также приводятся основания для такого наблюдения и сообщается об этом следователю или суду, потребовавшему экспертизы. Эксперт направляет заключение в органы, потребовавшие экспертизы, и сообщает свои рекомендации по поводу того, куда именно следует направить обследуемого. Последнего на основании постановления следователя или

определения суда помещают в лечебное учреждение. Дальнейшее наблюдение за ним проводится в лечебном учреждении по указаниям судебно-медицинского эксперта. Результат обследования обсуждается экспертом либо единолично, либо по консультации с наблюдавшими обследуемого врачами, после чего составляется заключение или проводится экспертиза на основании всех имеющихся данных.

Заключение в таких случаях обычно дает комиссия экспертов, в которую в качестве экспертов постановлением следователя могут включаться и наблюдавшие свидетельствуемого врачи. В других же случаях заключение дается судебно-медицинским экспертом только на основании документальных данных (истории болезни, заключения врачей, наблюдавших свидетельствуемого).

Экспертиза на дому у свидетельствуемого. Судебно-медицинское исследование приходится иногда проводить и на дому у свидетельствуемого. Это может иметь место по различным поводам по отношению к потерпевшему, привлекаемому к ответственности, свидетелям, вызываемым по делу, когда эти лица, ссылаясь на состояние своего здоровья, отказываются явиться к следователю или в суд, предъявляя больничный лист и предписание врача о необходимости соблюдения постельного режима.

Экспертиза на дому у свидетельствуемого имеет свои особенности. Судебно-медицинский эксперт или врач, которому поручена такая экспертиза, не должен производить освидетельствование единолично. Экспертизу на дому у свидетельствуемого желательно производить в присутствии представителя органов расследования или суда. Последние или присутствуют при проведении экспертизы, если подэкспертный того же пола, или находятся в соседнем помещении. Такого порядка требует необычная обстановка исследования на дому, отличающаяся от условий лечебного учреждения, а также возможность обвинения эксперта в дальнейшем в неправильных или незаконных действиях. Для экспертизы установления состояния здоровья необходимо участие врачей других специальностей (терапевта, невропатолога и др.).

Экспертиза у следователя и в местах заключения. Иногда экспертизу живого лица приходится проводить у следователя и в местах заключения. Чаще всего это лица, задержанные по подозрению или обвинению в совершении какого-либо преступления (убийства, изнасилования, причинения тяжких телесных повреждений и др.). Экспертиза производится для обнаружения у них каких-либо повреждений или следов совершенного преступления. Иногда приходится проводить экспертизу этих лиц по поводу симуляции болезни, членовредительства.

Для обнаружения следов совершенного преступления эксперту приходится иногда осматривать по поручению следователя одежду, обувь, головной убор и другие вещественные доказательства, а затем самого субъекта.

При осмотре одежды тщательно и последовательно осматриваются все части одежды, описываются все имеющиеся повреждения, следы, подозрительные на кровь, семенную жидкость и др.

Следователь при участии эксперта составляет протокол осмотра одежды и в случае необходимости направляет одежду для экспертизы в лабораторию.

При осмотре задержанного по поводу обнаружения у него повреждений (их происхождения, давности) и других следов целесообразно для детального осмотра предложить снять всю одежду и последовательно осмотреть отдельные части тела, обращая внимание на все обнаруживаемые изменения: повреждения, рубцы, татуировки, следы от уку-

сов зубами, следы крови, спермы. Тщательно осматриваются скрытые части тела: подмышечные области, под молочными железами, ягодичные складки, область половых органов (где, например, могут быть обнаружены отдельные волосы, которые могут принадлежать потерпевшей), под ногтями могут быть найдены следы крови, кусочки эпидермиса, попавшие при сдавлении шеи жертвы руками, и др.

Иногда экспертиза задержанного может производиться комиссией экспертов-специалистов.

При экспертизе составляется обычное заключение эксперта. В нем отмечается необходимость дополнительных исследований, повторного исследования и др.

Пример. Гр-ка М. заявила в отделение милиции, что в 11 часов вечера она возвращалась с работы и в подъезде была изнасилована неизвестным, который, угрожая ей ножом, порезал ей пальцы. М. не могла рассмотреть в темноте лица нападавшего, но указала, что, сопротивляясь, она его отталкивала от себя и на бортах его пальто должна быть кровь. В ближайшие часы был задержан подозреваемый в этом преступлении субъект. При осмотре задержанного в отделении милиции эксперт обнаружил на бортах его пальто следы, оказавшиеся при исследовании следами крови человека одноименной группы с группой крови потерпевшей.

Экспертиза в судебном заседании. Судебно-медицинскую экспертизу иногда приходится производить в судебном заседании. В одних случаях эксперта вызывают в судебное заседание для участия в связи с экспертизой, которую он проводил на предварительном следствии. В других случаях эксперту приходится проводить по определению суда первичную или повторную экспертизу лица в самом судебном заседании. Кроме того, эксперт отвечает на поставленные ему судом и сторонами вопросы. Если эти вопросы сложны и эксперт не может тут же на них ответить, он заявляет об этом суду, объясняя, что ему необходимо время, чтобы обдумать и сформулировать ответы на вопросы, просмотреть литературу, провести консультации со специалистами и др. Эксперт сообщает, какое количество времени ему потребуется для составления заключения и ответов на поставленные вопросы, и ходатайствует об этом перед судом. Суд обычно объявляет на это время перерыв в судебном заседании.

Эксперту, особенно не имеющему достаточного опыта, необходимо иметь в виду, что участие в судебном заседании требует от него предварительной подготовки. Когда эксперт получает повестку с вызовом в судебное заседание, то ему необходимо рекомендовать явиться в суд за несколько дней до судебного заседания, ознакомиться с материалами дела, выписать необходимые данные для будущей экспертизы в судебном заседании, предусмотреть те вопросы, которые могут возникнуть в ходе судебного заседания, ознакомиться с литературой, посоветоваться с более опытными специалистами, чтобы явиться в судебное заседание подготовленным.

В судебном заседании эксперт должен внимательно прослушать ход процесса, делая себе заметки. Вопросы, которые могут у него возникнуть в ходе судебного заседания, он обязан разрешить, используя свое право задавать вопросы обвиняемому, следователям, уточняя при этом обстоятельства, которые необходимы ему для дачи заключения.

Допрос эксперта в судебном заседании производится после допроса обвиняемого и свидетелей, хотя на всем протяжении судебного заседания эксперту могут задавать вопросы суд, стороны, обвиняемый, потерпевший.

Эксперт обязан внимательно выслушать и записать поставленные ему вопросы. Если они таковы, что ответ на них не вызывает затрудне-

ний, эксперт на них отвечает. Обычно же рекомендуется эксперту перед началом его допроса в судебном заседании обратиться с ходатайством, чтобы ему были заданы вопросы в письменном виде и эти вопросы были определенными, относящимися к конкретным фактам, рассматриваемым судом. Эксперт обязан отказаться от ответа на вопросы, выходящие за пределы его знаний. Он также должен отказаться отвечать на неконкретные вопросы, задаваемые в общей форме, и на такие, на которые эксперт вообще не может ответить.

Например, следует отказаться от ответов на следующие вопросы: «Какой был бы исход повреждения ноги у Иванова, если бы он был быстро доставлен в больницу и ему была оказана квалифицированная медицинская помощь?» — Эксперт не может знать, что «было бы» в данном случае. Вопрос мог быть задан и в такой форме: «Какой обычно исход имеет такое повреждение ноги, какое было у Иванова, при быстрой доставке в больницу и оказании квалифицированной медицинской помощи?» — На такой вопрос эксперт может дать ответ, примерно в такой формулировке: «Такое повреждение ноги (закрытый перелом обеих костей голени без смещения) при быстром оказании квалифицированной медицинской помощи, при обычном его течении, заканчивается полным выздоровлением, без утраты общей трудоспособности, но при длительном расстройстве здоровья — в продолжение 6—8 недель».

Если эксперт сам единолично не может дать заключение по некоторым вопросам, он заявляет об этом суду, указав, какие специалисты должны быть дополнительно привлечены к экспертизе.

Свое заключение и ответы на вопросы эксперт представляет обязательно в письменной форме за своей подписью и передает это заключение суду.

Экспертиза по медицинским документам. В некоторых случаях органы расследования или суда предлагают провести судебно-медицинскую экспертизу и дать заключение на основании имеющихся в материалах дела медицинских документов (истории болезни, амбулаторной карты и др.). Это бывает в тех случаях, когда лицо, в отношении которого необходимо дать заключение по интересующим органы расследования или суда вопросам, отсутствует в месте проведения экспертизы вследствие, например, его отъезда или переезда на другое место жительства и по другим поводам. Поэтому эксперту приходится в таких случаях давать свое заключение на основании изучения материалов дела. К экспертизе по документам, без освидетельствования потерпевшего, можно прибегать лишь в исключительных случаях.

Если имеется возможность переговорить с врачами, оказавшими помощь или наблюдавшими потерпевшего, то это нужно через следователя обязательно сделать. Эксперт должен тщательно изучить медицинские документы и другие материалы, имеющие отношение к разрешаемым вопросам, и дать заключение только при наличии вполне исчерпывающих данных. Например, если документы убеждают в том, что действительно имело место проникающее ранение в области одной из главных полостей тела (черепа, груди, живота, позвоночника), или на основании записей в истории болезни можно составить ясное представление о том, что произошло тяжелое сотрясение мозга, или имеются рентгеновские снимки, показывающие характер повреждения кости, и др.

В сомнительных случаях, когда документы краткие и не могут дать представления о характере имевшихся повреждений, болезненных процессов, от заключения следует воздержаться, написав, что представленные для экспертизы материалы недостаточны для дачи заключения.

ПРИМЕРЫ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО ИСТОРИЯМ БОЛЕЗНИ

1. В истории болезни № 1719 1-й Городской больницы от 4/II 1966 г. на гражданку А. имеется следующая запись: «Гр-ка А., 36 лет, получила удар рукой по лицу, а когда упала, то нападавший ударил ее ногой в область затылка. А. потеряла сознание. Машиной скорой помощи А. была доставлена в 1-ю Городскую больницу 4/II 1966 г. с диагнозом: «сотрясение мозга».

Анамнез: больная страдает заболеванием нервной системы — эпилептическими припадками — с 10 лет и неоднократно находилась на излечении в психиатрических больницах.

Состояние при поступлении: пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения; при рентгенографии черепа, в частности затылочной кости, костных изменений не обнаружено; жалобы на головную боль и общую слабость.

5/II у больной был эпилептический припадок.

Осмотр невропатолога 6/II: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Заключение: состояние после эпилептического припадка.

Осмотр окулиста: глазные среды прозрачные; глазное дно в пределах нормы.

Консультация психиатра: больная повышено реагирует на все, помнит, как на нее напал пьяный сосед. Страдает эпилепсией с 10 лет, лежала несколько раз в психиатрических больницах. Заключение: реактивное состояние после травмы (у типичного эпилептика).

11/II 1966 г. выписана в удовлетворительном состоянии.

Вопросы следователя: 1. Причинены ли гражданке А. телесные повреждения от удара в затылок или они возникли от ее падения. 2. Если телесные повреждения причинены ударами по голове, то следует установить степень их тяжести.

Выводы. В истории болезни нет указаний, что у гр-ки А. при поступлении ее в больницу имелись объективные признаки каких-либо повреждений в области головы (ссадины, кровоподтеки, раны). Установлено, что гр-ка А. длительное время страдает эпилепсией. Эпилептический припадок наблюдался в больнице 5/II 1966 г. Этим припадком и могут объясняться жалобы А. на головные боли и слабость. Так как объективных признаков повреждений у А. установлено не было, то, следовательно, не может быть определена и степень тяжести этих повреждений.

2. Гр-нин Д., 27 лет, получил ножевое ранение в грудь. Был в состоянии алкогольного опьянения. Тут же доставлен в больницу. В истории болезни № 2315 1-й Городской больницы от 3/IV 1966 г. указано, что гр-на Д. доставили в операционный корпус в очень тяжелом состоянии: резко бледен, губы с синюшным оттенком, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, аритмичный, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/50. В легких ясный легочный звук; справа дыхание не прослушивается; перкуторно сплошная тупость, дыхание 26 в минуту. Место повреждения: на груди справа, в третьем межреберье, у края грудины имеется рана размером 2×0,5 см.

Операция: под общим эфирным наркозом по третьему межреберью, с пересечением реберных мышц, вскрыта плевральная полость. Обнаружено пересечение IV ребра справа. В правой плевральной полости большое количество крови и кровяных свертков. Обнаружено пересечение внутренней грудной артерии, из центрального конца которой вытекает струйкой кровь. Произведена перевязка обоих концов с прошиванием; из плевральных полостей удалено 13 000 мл жидкой крови и около 600—700 мл кровяных свертков. Во время операции больному перелита кровь из плевральной полости; плевральная полость послойно зашита наглухо. В последующие дни состояние стало улучшаться.

Выводы. Проникающее ранение правой половины грудной клетки с пересечением IV ребра и повреждением внутренней грудной артерии причинено гр-ну Д. 3/IV 1966 г. колюще-режущим орудием (ножом и т. п.). Эти повреждения опасны для жизни и поэтому относятся к разряду тяжких телесных повреждений.

Формы судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц, кроме первичной, может быть дополнительной и повторной (ст. 81 УПК). Она может производиться единолично судебно-медицинским экспертом, экспертом с участием консультанта-специалиста или комиссией экспертов (так называемая комиссияная экспертиза).

Первичная экспертиза может производиться с исследованием самого лица или по документам, материалам дела. Первичная экспертиза в большинстве бывает и окончательной. Основная масса экспертиз ограничивается первичным исследованием, заключение по которому является окончательным.

Дополнительная экспертиза может быть назначена в случае недостаточной ясности или полноты заключения. Она может быть поручена тому же или другому эксперту и представляет собой последовательное, этапное исследование с окончательным заключением после одного или нескольких повторных исследований объекта экспертизы. Например, эксперт осматривает потерпевшего с только что полученными повреждениями, описывает их, отмечает в заключении давность повреждения, характер орудия, которым нанесено повреждение, и указывает на необходимость повторного исследования после окончания лечения или на необходимость ознакомления с материалами дела, получения дополнительных данных с последующим исследованием и др. Повторное исследование по получении достаточных данных дает основание для окончательного заключения.

Дополнительная экспертиза представляет собой исследование, распадающееся на ряд этапов, после чего возможно и окончательное заключение.

Повторная экспертиза назначается в случае необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности. Она поручается другому эксперту или экспертам. Повторная экспертиза производится после уже проведенной экспертизы; проводится она обычно, но не всегда, комиссией экспертов. При повторной экспертизе весьма желательно, но не обязательно, присутствие эксперта, проводившего первичную экспертизу. Сам эксперт также может обратиться с ходатайством к следователю о назначении повторной экспертизы в его присутствии, что процессуально оформляется следователем.

На практике следователь и суд иногда производят третью экспертизу, если первичная и повторная экспертизы представили противоречащие одно другому заключения. Такая третья экспертиза производится в том же порядке, как и повторная. Экспертам должны быть представлены для ознакомления все заключения предыдущих экспертиз.

Повторная экспертиза может производиться и единолично экспертом, с участием консультантов-специалистов и комиссией экспертов.

Единоличная экспертиза. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц по различным поводам: определение степени тяжести телесных повреждений, половой зрелости, половой неприкосновенности и др. — обычно производится судебно-медицинским экспертом единолично. Эксперт полностью обследует субъекта и сам дает заключение. Основная масса экспертиз живых лиц производится единолично судебно-медицинскими экспертами.

Экспертиза с участием консультантов-специалистов. Иногда необходимо разрешить вопросы, требующие знаний другой медицинской специальности, например: установление срока беременности, наличия венерического заболевания, состояния зрения. В таких случаях требуется привлечение консультантов-специалистов. Нужно только иметь в виду, что такое участие консультантов-специалистов должно быть оформлено постановлением следователя или определением суда о назначении экспертизы. В некоторых судебно-медицинских амбулаториях имеются постоянные специалисты-консультанты, например акушер-гинеколог, венеролог, невропатолог, рентгенолог и др. Участие консультантов-специалистов в экспертизе может быть непосредственным, т. е. эксперт производит исследование совместно с консультантом. В этом случае заключение эксперта составляется и подписывается судебно-медицинским экспертом и консультантом-специалистом. В других случаях судебно-медицинский эксперт, направляя субъекта к консультанту-специалисту, получает письменное заключение консультанта. По-

лученное заключение специалиста эксперт включает в свое заключение эксперта и на основании заключения специалиста и своего исследования делает выводы и составляет заключение за своей подписью.

Пример. Гр-ке П., 32 лет, 21/I 1966 г. были нанесены побои. К врачебной помощи она не обращалась.

27/I 1966 г. при осмотре экспертом отмечены жалобы на шум в правом ухе. Объективные данные: ссадины в области правой ушной раковины. На верхней поверхности средней трети правого плеча 8 округлых кровоподтеков темно-синего цвета диаметром от 1,5 до 2 см. Ввиду жалоб на боли и шум в правом ухе направлена к консультанту-отоларингологу.

28/I 1966 г. представлена справка поликлиники № 12, в которой указано, что у гр-ки П. 28/I при осмотре отоларингологом было обнаружено следующее: ссадины на коже правой ушной раковины; в правом слуховом проходе свертки крови; барабанная перепонка ярко гиперемирована и втянута, слух резко понижен; Вебер вправо. Заключение: правосторонний травматический отит, ушиб правой ушной раковины с осаднениями кожи. Нуждается в амбулаторном лечении в течение 7—10 дней.

Выводы. Полученные гр-кой П. повреждения: кровоподтеки в области правого плеча, ссадины на правой ушной раковине и правосторонний травматический отит — могли быть причинены ударами твердым тупым предметом и сдавливанием пальцами (кровоподтеки).

Эти повреждения вызвали расстройство здоровья свыше 7 дней и поэтому относятся к легким телесным повреждениям, повлекшим за собой кратковременное расстройство здоровья.

Экспертиза комиссией экспертов. В более сложных исследованиях судебно-медицинский эксперт не может единолично разрешать поставленные перед ним вопросы. В таких случаях следователь назначает несколько экспертов, специалистов в области тех специальных данных, которые необходимо разрешить.

Все назначенные для экспертизы специалисты составляют судебно-медицинскую экспертную комиссию. Комиссия обсуждает поставленные органами расследования или суда вопросы, производит необходимые первичные и дополнительные исследования свидетельствуемого. Если все эксперты, входящие в состав комиссии, приходят к единому мнению, то они составляют общее заключение и подписывают его. Если же кто-либо из экспертов не соглашается с мнением остальных, хотя бы по какому-либо одному из вопросов, он пишет свое отдельное заключение, которое передается следователю, как и заключение остальных экспертов.

УПК не предусматривает комиссионной экспертизы и с процессуальной точки зрения каждый эксперт дает свое заключение. Но ст. 80 УПК предусматривает следующее: «Если эксперты одной специальности придут к общему заключению, последнее подписывается всеми экспертами. В случае разногласия между экспертами каждый эксперт дает свое заключение отдельно».

Согласно Инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы СССР (1952 г. § 12) судебно-медицинские экспертизы: а) по определению степени утраты трудоспособности; б) по делам о привлечении к ответственности работников медицинского персонала за профессиональные нарушения; в) особо сложные экспертизы по материалам сложных судебных дел должны производиться обязательно комиссионно, с участием соответствующих специалистов. Особо сложные судебно-медицинские исследования, как первичные, так и повторные, производятся комиссионно; в необходимых случаях — с участием соответствующих специалистов.

Выработанный практикой порядок проведения экспертизы с участием нескольких специалистов следующий. Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы получает постановление следователя и дело, требующее проведения комиссионной экспертизы; он поручает одному из

судебно-медицинских экспертов составить по представленным материалам «обстоятельства дела». Последние в сжатом виде включают все основные данные, имеющие значение для проведения экспертизы, и вопросы, поставленные следователем.

«Обстоятельства дела» передаются экспертам для изучения. Эксперты обсуждают поставленные вопросы, знакомятся более детально с материалами дела, формулируют ответы на вопросы и заключение по делу. Документ экспертизы «Заключение» должен включать все данные, требуемые ст. 191 УПК.

Экспертизы по отдельным конкретным делам организуются обычно при бюро судебно-медицинской экспертизы (города, области, края, республики), в Научно-исследовательском институте судебной медицины. Экспертизу, проводимую в бюро судебно-медицинской экспертизы, иногда неправильно называют «комиссией второй инстанции» или «комиссией третьей инстанции». Закон не предусматривает судебно-медицинских «инстанций», их не существует. В каждом отдельном конкретном случае экспертизы назначаются в установленном Законом порядке, и каждый эксперт в процессе имеет равные права и обязанности, независимо от занимаемой должности, ученого звания и степени.

Глава III

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

Время проведения экспертизы. При судебно-медицинской экспертизе живых лиц очень важно зафиксировать как можно раньше возникшие изменения (при повреждениях, изнасиловании, искусственной болезни и др.), чтобы иметь возможность подробно ознакомиться с этими изменениями, лучше представить то, что имеется, и с исчерпывающей полнотой ответить на поставленные следователем вопросы в более сжатый срок. Поэтому исследование субъекта необходимо производить возможно раньше после происшествия. Однако эксперт не всегда имеет возможность осмотреть изменения вскоре после их возникновения, так как потерпевшему нередко необходимо прежде всего оказать медицинскую помощь или исследование приходится производить спустя продолжительное время после получения повреждений. Состояние потерпевшего также может препятствовать осмотру его экспертом. Возможность осмотра пострадавшего, поступившего в лечебное учреждение, должна устанавливаться только лечащим врачом и с его разрешения, как бы ни настаивал на осмотре следователь. В таких случаях эксперт все-таки должен переговорить с лечащим врачом потерпевшего, получить от него необходимые сведения и в свою очередь объяснить ему, что необходимо сохранить при врачебном вмешательстве, например при хирургической обработке раны, и на что необходимо обратить внимание.

Иногда в таких случаях эксперт должен рекомендовать следователю провести допрос врачей, оказавших первую помощь потерпевшему, особенно обращая внимание на те данные, которые необходимы для дальнейшего экспертного заключения.

Если эксперт имеет возможность осмотреть потерпевшего тут же или вскоре после получения повреждения, до того как последний обратился за оказанием медицинской помощи, он во избежание инфицирования раны фиксирует в документе экспертизы только то, что можно

обнаружить при осмотре, и после оказания первой помощи направляет потерпевшего в поликлинику или стационарное лечебное учреждение для дальнейшего лечения. Потерпевшему предлагается в таких случаях прийти для повторного освидетельствования через определенный срок. При этом ему на руки выдается запрос в лечебное учреждение о выдаче после окончания лечения справки о всех обнаруженных изменениях и повреждениях. Такой документ может быть затребован экспертом непосредственно от администрации лечебного учреждения. Указанный порядок затребования документов возможен только по делам частного обвинения. В делах, проводимых органами расследования, все документы эксперт получает только через следователя.

Повторное исследование потерпевшего необходимо проводить по ряду причин.

В одних случаях при осмотре только что полученных повреждений эксперт не может быть уверен в исходе повреждения. Поэтому он не может дать заключения и вынужден ожидать исхода повреждения. В практике бывает так, что повреждение, кажущееся при первом осмотре легким, на самом деле может оказаться менее тяжким или тяжким. Особенно серьезного внимания в этом отношении заслуживают повреждения головы. Когда потерпевший направляется к эксперту непосредственно после получения повреждения головы, эксперт ни в коем случае не должен немедленно давать заключение о степени тяжести такого повреждения, даже если нет угрожающих симптомов. Заключение по такому повреждению следует давать только после определившегося исхода повреждения.

Повторное исследование пострадавшего иногда приходится производить неоднократно в тех случаях, когда повреждение требует длительного амбулаторного или стационарного лечения. Исход, а следовательно, и степень тяжести телесного повреждения могут быть определены лишь после установленного исхода повреждения.

ПРИМЕРЫ ПОВТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Гр-н Б., 52 лет, 7/II 1962 г. получил удар перочинным ножом в подмышечную область. Рану обработали в больнице, где Б. находился на стационарном лечении 10 дней.

Жалоб в настоящее время никаких не предъявляет. Объективные данные: на передней поверхности грудной клетки справа и в верхней трети правого плеча в поперечном направлении расположен рубец дугообразной формы длиной 5,5 см, розового цвета, со следами хирургических швов, слегка втянутый. В центральном отделе рубца имеется небольшое отверстие, из которого выделяется скудное желтоватое отделяемое. Движение в правом плечевом суставе совершается в полном объеме. Дан запрос в больницу и поликлинику.

28/II 1962 г. представлена история болезни № 2519 хирургического отделения больницы, из которой видно, что Б. поступил 7/II 1962 г. с резаной раной в области передней поверхности правого плечевого сустава размером 5×2 см, кровотечение незначительное; пульс лучевой артерии определяется хорошо. Под местной анестезией рассечены края раны. Раневой канал проходит через дельтовидную мышцу, значительно расслаивая ее волокна, до латеральной части головки плеча. Указаний на повреждение сосудисто-нервного пучка и капсулы сустава нет. В рану введен пенициллин; наложены швы. Послеоперационный период осложнился нагноением. Производились перевязки; рана очистилась. 18/II Б. в удовлетворительном состоянии выписан для амбулаторного лечения.

Выводы. На основании судебно-медицинского исследования гражданина Б. и предъявленной выписки из истории болезни № 2519 следует заключить, что резаная рана в области правого плечевого сустава с повреждением дельтовидной мышцы, проникающая до головки плечевой кости, могла быть причинена остро-режущим предметом 7/II 1962 г. Это повреждение повлекло за собой расстройство здоровья свыше 7 дней и поэтому относится к разряду легких телесных повреждений, повлекших за собой кратковременное расстройство здоровья.

2. Гр-ка С., 70 лет, 2/XI 1963 г. от толчка соседа упала на пол, подняться не могла. Машинной скорой помощи была доставлена в больницу. Со 2/XI 1963 г. по 3/II 1964 г. находилась на излечении в больнице по поводу «вколоченного перелома шейки левого плеча и чрезвертельного перелома левого бедра». В настоящее время с трудом передвигается по комнате.

Представлена история болезни № 2023, в которой отмечено, что гр-ка С. поступила в больницу 2/XI 1963 г. с диагнозом: перелом шейки левого плеча и левого бедра. Клинический диагноз: вколоченный перелом шейки левого плеча и чрезвертельный перелом левого бедра. При осмотре обнаружено: контуры левого плечевого сустава сглажены. По латеральной поверхности плеча — подкожное кровоизлияние. Объективные изменения движения в плечевом суставе отсутствуют; крепитации определить не удается вследствие болезненности. Длина по оси левого плеча 33 см, правого — 35 см; левая нога ротирована наружу, фиксирована двумя шинами; длина левой ноги 91 см, правой — 93 см. Болезненность при надавливании в области вертелов. Наложены скелетные вытяжения на руку и ногу.

6/XI рентгенограмма: перелом кости левого плеча со смещением кверху и чрезвертельный перелом левого бедра с умеренным смещением. Движения в обоих суставах резко болезненны.

В дальнейшем в истории болезни отмечено, что при общем удовлетворительном состоянии больная жалуется на боли в левой руке и ноге, спит с перерывами. В других органах изменений не обнаружено. В легких — сухие хрипы, кашля нет; на ногах отеки. Беспокоят головная боль, слабость.

26/XII (на 51-й день болезни) сняты скелетные вытяжения, нога уложена в шину; нога хорошо поднимается. 27/XII рентгенограмма: состояние костных фрагментов хорошее. Линия перелома почти не дифференцируется; остеопороз.

В последующие дни руку и ногу больная поднимает хорошо. Общее состояние удовлетворительное. С 7/I встает на здоровую ногу и с большой нагрузкой на левую ногу, но в первое время при ходьбе чувствует боли в левой ноге. 19/I рентгенограмма: состояние костных отломков плеча без изменений; линия чрезвертельного перелома почти не дифференцируется. С 23/I ходит со стулом. Отек на левой ноге больше, чем на правой; нога с трудом поднимается. С 30/I ходит с помощью инструктора физкультуры. 3/II С. выписана в удовлетворительном состоянии. В поликлинику пока не обращалась. Ходит дома с палочкой.

5/II при осмотре судебно-медицинским экспертом отмечены те же изменения, что и при выписке из больницы. Ходит самостоятельно с палочкой. Жалобы на боли в области плеча и бедра.

Выводы. На основании данных истории болезни № 2023 обнаруженные у С. повреждения — вколоченный перелом шейки левого плеча и чрезвертельный перелом левого бедра — получены ею 2/XI от ударов о твердый, тупой предмет при падении. В настоящее время степень тяжести этих повреждений установить еще невозможно ввиду не определившегося их исхода. Необходимо повторное освидетельствование через 2 недели для окончательного установления объема утраты общей трудоспособности.

Повторное обследование приходится проводить и при необходимости осмотра потерпевшего консультантом-специалистом и при проведении дополнительных исследований.

Лица, присутствующие при судебно-медицинской экспертизе. В инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы имеется общее указание на то, что все виды судебно-медицинской экспертизы, осуществляемые по требованию органов расследования и суда, производятся в присутствии их представителей. Последние иногда присутствуют при экспертизе живых лиц в особо серьезных и сложных случаях. Обычно же и по делам частного обвинения представители органов расследования и суда при экспертизе живых лиц не присутствуют.

Гинекологическое исследование малолетних производится обязательно в присутствии одного из родителей, сопровождающих их старших лиц, представителей отдела народного образования (Правила судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования).

Иногда при экспертизе малолетних требуется присутствие опытного педагога. Присутствия понятых при экспертизе живых лиц не требуется.

Экспертиза в лечебных учреждениях, специальных амбулаториях практически всегда производится в присутствии посторонних лиц — среднего и младшего медицинского персонала. На практике в присут-

ствии посторонних лиц всегда производится также акушерско-гинекологическая экспертиза. При этой экспертизе рекомендуется присутствие фельдшера, медицинской сестры, младшего медицинского персонала для оказания помощи, необходимой эксперту при освидетельствовании. Судебно-медицинскую экспертизу на дому, как было указано выше, необходимо производить ■ присутствии следователя или уполномоченных им лиц (лица).

Общий порядок судебно-медицинской экспертизы живых лиц. О з н а к о м л е н и е с документами, на основании которых должна быть произведена судебно-медицинская экспертиза. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц может производиться только по постановлению или предложению органов расследования (милиции, следователя), определению суда, без чего эксперт не может и не должен производить исследования потерпевшего. Такое исследование, если оно даже и будет произведено, не является экспертизой. Эксперт в таких случаях может быть вызван в суд только ■ качестве свидетеля, а его заключение может фигурировать только в виде свидетельского показания. Экспертом же должен быть назначен другой специалист.

В некоторых случаях уголовные дела возбуждаются не иначе, как по жалобе потерпевшего. Это так называемые *дела частного обвинения*. Некоторые из них могут прекращаться в случае примирения потерпевшего с обвиняемым, другие нет (ст. 27 УПК). Такие дела возбуждаются ■ следующих случаях: а) умышленного причинения легких телесных повреждений (ст. 112 УК); б) клеветы (ст. 130, ч. I УК); в) оскорбления (ст. 131 УК) (эти дела подлежат прекращению ■ случае примирения сторон); г) изнасилования (ст. 117, ч. I УК); д) нарушения авторских и изобретательских прав (ст. 141 УК) (эти дела не подлежат прекращению за примирением сторон).

В исключительных случаях, если дело о преступлении, предусмотренном указанными выше статьями УК, имеет особое общественное значение или если потерпевший в силу беспомощного состояния, зависимости от обвиняемого или по иным причинам не в состоянии защищать свои права и законные интересы, прокурор вправе возбудить такое дело и при отсутствии жалоб потерпевшего. В этом случае дело уже не может быть прекращено за примирением потерпевшего с обвиняемым. По делам, предусмотренным указанными выше статьями и возбужденными судьей по жалобе потерпевшего, прокурор вправе в любой момент вступить ■ дело и поддержать обвинение ■ суде, если этого требует охрана государственных или общественных интересов или прав граждан. В этих случаях дело также не подлежит прекращению за примирением сторон.

По делам частного обвинения потерпевший обычно получает направление на судебно-медицинскую экспертизу от органов милиции или от народного суда.

Пример. «В Бюро судебно-медицинской экспертизы Н-ской области. Народный суд 1-го участка Н-ского района направляет для судебно-медицинской экспертизы гр-ку Петрову Прасковью Павловну, 27 лет, заявившую о нанесении ей повреждений, для установления степени тяжести полученных ею повреждений. Заключение эксперта следует направлять в Народный суд 1-го участка Н-ского района почтой».

Когда уголовное дело возбуждается прокуратурой, то следователь, принявший дело к производству, выносит постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, в котором излагает кратко обстоятельства дела ■ ставит перед экспертом вопросы, подлежащие разрешению.

Пример. Постановление. Город П., 5 января 19... г. Следователь Прокуратуры Ис-кого района Н-ской области, юрист III класса Карпович, рассмотрев материалы дела № 5311 по обвинению Волкова Ивана Петровича в преступлении, предусмотренном частью 1 ст. 108 УК РСФСР, и принимая во внимание, что по делу необходимо получить заключение специалистов для установления происхождения и степени тяжести телесных повреждений у гр-на Новикова П. Е., руководствуясь ст. 184 УПК РСФСР постановил:

1. Назначить по настоящему делу судебно-медицинскую экспертизу, поручив ее производство районному судебно-медицинскому эксперту Кулакову Петру Федоровичу, которому поручить произвести исследование гр-на Новикова.

2. Поставить на разрешение эксперта следующие вопросы:

а) Какого происхождения повреждения, имеющиеся на голове и нижних конечностях у гр-на Новикова П. Е.?

б) Могут ли имеющиеся у гр-на Новикова повреждения быть получены от ударов по голове и ногам или эти повреждения могли возникнуть при падении?

в) Какова степень тяжести телесных повреждений, имеющихся у гр-на Новикова?

3. Представить в распоряжение эксперта:

а) копию истории болезни № 1825 городской больницы гр-на Новикова П. Е.;

б) амбулаторную карту № 173 поликлиники № 8 его же;

в) протоколы допроса свидетелей Аникина и Карташова, присутствующих при нанесении Новикову П. Е. повреждения.

Народный следователь, юрист III класса КАРПОВИЧ

Судебно-медицинский эксперт начинает проведение экспертизы внимательным изучением документов, на основании которых должна быть проведена экспертиза, и вопросов, подлежащих разрешению. Следует также обращать внимание на содержание, оформление медицинских и других документов, подписи, печати, штампы, учитывая возможность их подделки.

Ознакомление с личностью обследуемого. После ознакомления с документами направления на экспертизу эксперту рекомендуется ознакомиться с личностью освидетельствуемого по паспорту или иным документам. Это особенно необходимо по делам частного обвинения. В практике иногда случаются попытки заинтересованного лица направить по различным мотивам и поводам подставное лицо.

Пример. К судебно-медицинскому эксперту с направлением из Народного суда пришла девушка лет 17—18. Она подала на оскорбивших ее соседей жалобу в суд и получила из суда направление для установления половой неприкосновенности. Судебно-медицинский эксперт при осмотре установил, что девственная плева у исследуемой не нарушена и что она половой жизнью не жила. Заключение эксперта было выдано ей на руки. Через некоторое время эксперт был вызван в суд по этому делу для подтверждения своего заключения. В суде он увидел, что жалобу поддерживает совершенно другая женщина, а не та, которую он осматривал. Оказалось, что истица вместо себя направила к эксперту свою младшую сестру. Эксперт должен был заявить, что он истицы не осматривал, хотя она в суд предъявила документ, удостоверяющий осмотр ее этим экспертом.

Эксперт должен иметь в виду такую возможность и обязательно проверять личность направленного на экспертизу. В случае сомнения эксперт проводит такую проверку через органы расследования.

Ознакомление с материалами дела, медицинскими документами. Эксперт должен прежде всего ознакомиться с материалами дела, необходимыми для дачи заключения. Объем материала, представляемого эксперту для ознакомления, определяет следователь.

Эксперт по ознакомлении с представленными ему материалами выясняет, достаточны ли эти материалы для дачи заключения и ответа на поставленные следователем вопросы или же необходимы еще какие-либо дополнительные материалы. В последнем случае эксперт сообщает следователю, какие материалы необходимы ему для заключения. Следователь излагает эксперту те пункты, по которым должно быть

дано заключение. Обвиняемый имеет также право представить в письменной форме те вопросы, по которым должно быть дано заключение. Эксперт имеет право с разрешения следователя ознакомиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для дачи заключения.

Если эксперт находит, что представленные ему следователем документы недостаточны для дачи заключения, он составляет мотивированное сообщение о невозможности дать заключение. В этих случаях пределы материалов предварительного следствия, которые должны быть представлены эксперту, разрешаются прокурором или судом, которым подсудно данное дело (ст. 171 УПК).

Обязательным является для эксперта ознакомление со всеми медицинскими документами, относящимися к данному делу. Обычно следователь представляет эксперту медицинские документы в копиях, иногда только выписки из документов ввиду того, что в лечебных учреждениях неохотно выдают копии документов вследствие очень большого объема их. Никогда не следует пользоваться выписками из медицинских документов. Они очень часто не содержат необходимых данных и нередко составляются наспех.

Лицо, составляющее выписку, например из истории болезни (обычно это медицинская сестра), не представляет себе, что требуется эксперту и иногда не включает в выписку очень важных данных. Поэтому эксперт всегда должен требовать через следователя подлинник медицинского документа, который затем может быть возвращен следователем в лечебное учреждение.

Следователь имеет право изъять в случае надобности любой документ и приобщить его к делу. Запрашивать медицинские документы и другие материалы, необходимые для экспертизы, должен не эксперт, а только следователь.

Все материалы, необходимые для дачи заключения, эксперт получает только от следователя и никаким другим путем. Следователь обязан представить эксперту все необходимые для экспертизы и заключения материалы, т. е. те, без которых не может быть произведена экспертиза и дано заключение.

В делах частного обвинения эксперт или требует необходимые материалы через органы расследования, суда, или запрашивает медицинские документы сам официально — через администрацию лечебного учреждения. Полученные материалы эксперт детально изучает, обращая особое внимание на те данные, которые имеют значение для разрешения поставленных перед экспертизой вопросов. Особое внимание следует обращать на правильность и подлинность медицинских документов, рентгеновских снимков, на штампы, печати, даты и их соответствие обстоятельствам дела и в случае сомнения передать их следователю для уточнения.

После изучения всех материалов и представленных документов эксперт приступает к собиранию анамнеза у обследуемого. При проведении экспертизы в уголовных делах, возбуждаемых прокуратурой, эксперт может пользоваться только теми данными, которые ему представлены следователем и имеются уже в материалах дела. Допрос свидетельствуемого по вопросам, интересующим эксперта, должен проводиться следователем в присутствии эксперта. При проведении экспертизы без следователя эксперт, получая от осматриваемого им лица сведения, которые не имелись в материалах дела, не заносит их в документ экспертизы, а сообщает о них следователю. Последний допрашивает свидетельствуемого и включает материалы допроса в дело.

Если эксперт сам внесет полученные им новые сведения, не имевшиеся в деле, ■ документ экспертизы, то он может быть переведен из эксперта в свидетеля. В суде он может фигурировать уже не как эксперт, а как свидетель, дающий показания о фактах, не известных следствию ■ суду. В делах частного обвинения эксперт собирает анамнез сам.

Опрос свидетельствуемого для собирания специального анамнеза, что эксперт вправе делать сам, начинается с выяснения тех обстоятельств, которые необходимы для разрешения поставленных вопросов. Например, о времени получения повреждения, об орудии, которым было нанесено повреждение, механизме нанесения повреждения, течении заболевания и других данных.

Опрос необходимо проводить подробно и последовательно, выясняя отдельные обстоятельства и детали о получении повреждений, их течении ■ др.

Очень важно знать, что свидетельствуемый всегда сообщает данные, исходя прежде всего из своих интересов, и нередко без умысла, ■ иногда и сознательно, может излагать данные, относящиеся к происшествию не так, как это было на самом деле. Неправильные данные могут относиться к различным обстоятельствам: возникновению повреждений, времени их получения, течению повреждения и др.

Особенно важно иметь в виду возможность умышленного ложного освещения тех или иных данных с целью введения эксперта ■ заблуждение. Например, предъявление старых кровоподтеков за недавно полученные и т. д. Необходимо поэтому всегда строго критически относиться к объяснениям обследуемого, обращать внимание на противоречия ■ его объяснениях и сопоставлять их с объективными данными. *Одной из главных задач, стоящих перед экспертизой, и является установление соответствия или несоответствия объективных данных объяснениям свидетельствуемого.*

Все данные, являющиеся сомнительными, должны особенно тщательно быть проверены повторными вопросами, сопоставлением. Однако эксперт ни в коем случае, никогда не должен высказывать своих сомнений, вступать в пререкания с обследуемым, уличать его в противоречиях. После получения всех необходимых данных эксперт спрашивает обследуемого о его жалобах. Внимательно и подробно расспрашивая его о жалобах, эксперт вносит их в документ экспертизы. После этого эксперт приступает к осмотру.

Осмотр субъекта имеет целью и задачей выявить объективные данные: имеющиеся повреждения и другие изменения. Осмотр необходимо производить постепенно, последовательно, ■ определенном порядке.

Помимо осмотра невооруженным глазом, необходимо применять для осмотра лупу. Осмотр должен производиться обязательно при естественном освещении. Для более детальных осмотров с лупой можно применять и специальное освещение участков тела, где имеются изменения.

Осмотр нужно начинать с выяснения того, какие повреждения имеются у обследуемого. Затем осматривают последовательно отдельные части тела и в этом же порядке описывают обнаруженные изменения ■ повреждения.

В делах частного обвинения, когда обследуемый может быть заинтересован в предъявлении всех имеющихся у него изменений и повреждений, эксперт иногда может ограничиться осмотром того, что предъявляет свидетельствуемый. В более сложных и сомнительных случаях, особенно при осмотре подозреваемых и обвиняемых, а также и потерпевших, целесообразно предложить обследуемому раздеться совсем и

производить осмотр. Такой осмотр дает полное и правильное представление об имеющихся изменениях и повреждениях и их характере, лишает возможности свидетельствуемого скрыть какие-либо повреждения, а эксперт может быть уверен в том, что он все осмотрел. Подобный осмотр необходимо производить всегда. Эксперт должен иметь в виду, что иногда свидетельствуемый по различным причинам старается не предъявить, скрыть имеющиеся у него изменения или повреждения, ввести эксперта в заблуждение. Для этого-то и требуется полный осмотр свидетельствуемого. Последовательно осматривают отдельные части тела: голову, шею, грудь, спину, верхние конечности, нижние конечности. Особенно тщательно осматривают скрытые части тела: подмышечные впадины, участки тела под молочными железами, ягодичные складки. Такой полный осмотр эксперту следует отметить в своем заключении.

Описание обнаруженных изменений. После осмотра всех изменений эксперт приступает к их описанию. Последовательно описываются повреждения, расположенные на отдельных частях тела, и другие изменения и особенности, в зависимости от характера объекта. Порядок может быть принят различный, однако рекомендуется описывать изменения и особенности, начиная с головы, затем переходить к осмотру шеи, верхних конечностей, груди, спины и живота, области половых органов, ягодиц, нижних конечностей.

При описании придерживаются следующего порядка: а) характер повреждения (ссадина, кровоподтек, рана и т. д.); б) форма повреждения (линейная, округлая, неправильная форма и др.); в) размер повреждения в сантиметрах (длина, ширина, диаметр); г) глубина проникновения (до подкожной клетчатки, до кости и т. п.); д) другие особенности (характер краев раны, состояние кожи в окружности ее, цвет кровоподтека, корочки ссадин и др.).

Каждое повреждение и изменение (например, татуировка, рубец и др.) описываются отдельно. Если повреждений (рубцов) много, их объединяют в отдельные группы и описывают. Можно описывать повреждения последовательно под номерами, но обязательно указывать все имеющиеся повреждения.

Помимо описания обнаруженных изменений и повреждений, рекомендуется занести их на контурные схемы. Хорошо это делать цветными карандашами, что особенно необходимо для кровоподтеков. Во всех сложных и особо ответственных экспертизах всегда необходимо фотографировать повреждения. Обязательно должны быть сфотографированы повреждения лица, так как в дальнейшем может возникнуть вопрос об обезображивании.

Антропометрические измерения (техника и методика). При некоторых видах судебно-медицинской экспертизы приходится измерять отдельные органы, объемы тела. Такие измерения должны производиться в известном порядке и по определенной, общепринятой методике, иначе полученные результаты измерений не будут достоверными.

Техника и методика измерения тела (соматометрия) детально разработаны в антропологии.

Техника и методика антропологических измерений требуют, во-первых, определенных знаний, навыков и, кроме того, особой точности, педантичности и внимательности при их проведении. Существует унифицированная принятая в СССР методика антропологических измерений.

Для проведения антропологических измерений необходимо пользоваться специальными измерительными приборами. Эти приборы пред-

варительно должны быть проверены ■ заклеены ■ отделах Комитета стандартов, мер ■ измерительных приборов при Совете Министров СССР. Все эти приборы следует ежегодно проверять и аккуратно хранить; за ними должен быть соответствующий уход. К этим приборам, необходимым судебно-медицинской практике, относятся медицинские

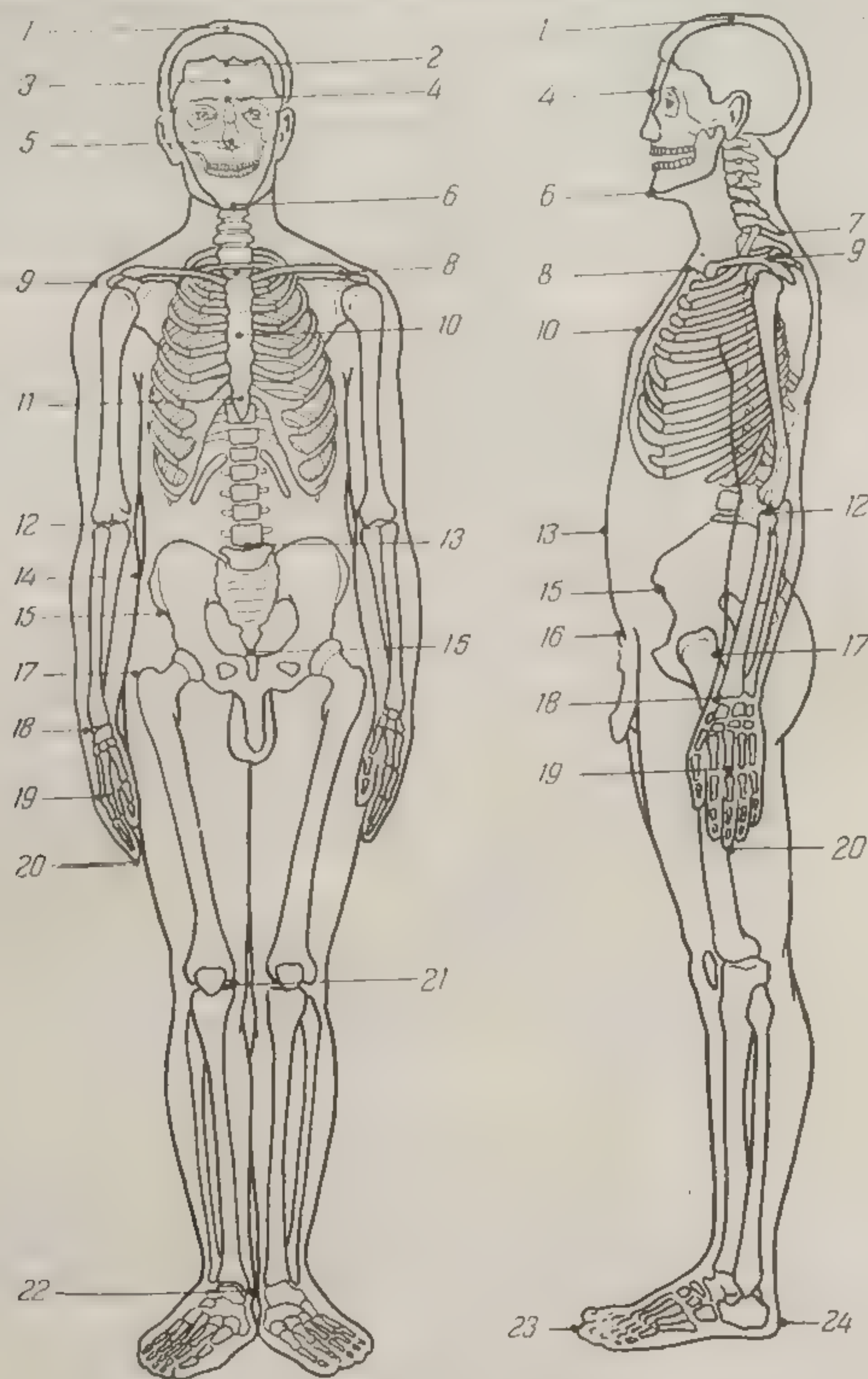


Рис. 1. Антропометрические точки.

1 — верхушка головы (vertex); 2 — волосая (trichion); 3 — лобная (metopion); 4 — верхненосовая (nasion); 5 — нижненосовая (subnasale); 6 — подбородочная (gnathion); 7 — шейная (cervicale); 8 — верхнегрудная (suprasternale); 9 — плечевая (akromion); 10 — среднегрудная (mesosternale); 11 — нижнегрудная (xiphion); 12 — лучевая (radiale); 13 — пупковая (omphalion); 14 — гребешковая (ilio-cristale); 15 — остисто-подвздошная (ilio-spinale); 16 — лобковая (symphision); 17 — вертельная (trochanterion); 18 — шиловидная (stylion); 19 — фаланговая (phalangion); 20 — пальцевая (dactylion); 21 — верхнеберцовая (tibiale); 22 — нижеберцовая (sphyron); 23 — конечная (acropodion); 24 — пяточная (pternion).

весы, специальный ростомер, сантиметровые ленты и специальные циркули, толстотный и скользящий. Иногда может понадобиться и угломер Склифосовского. В практике экспертизы трудоспособности могут понадобиться и другие приборы — динамометр для определения силы мышц,

спирометр для определения жизненной емкости легких. Нужно иметь в виду, что мягкие сантиметровые ленты с течением времени вытягиваются, и поэтому лучше вместо них применять рулетки с металлическими лентами. Всеми упомянутыми приборами должны быть оборудованы судебно-медицинские кабинеты. Антропологические измерения должен проводить всегда один и тот же человек. Им может быть или врач, или лицо среднего медицинского персонала (фельдшер, медицинская сестра). В судебно-медицинской практике приходится применять ограниченное количество измерений, но тем не менее необходимо знать, как они должны проводиться.

Для этих измерений рекомендуется обследуемое лицо раздеть и измерение производить на полностью обнаженном теле. Приходится проводить следующий минимум антропологических измерений, которые требуются при установлении возраста, пола, половой зрелости и в некоторых других случаях.

Необходимо измерять: вес, рост стоя, рост сидя, окружность грудной клетки, окружность плеча, окружность предплечья, окружность бедра, окружность голени, ширину плеч, размеры таза. Измерения следует производить только между определенными антропометрическими точками. Это всегда постоянные точки на теле, которые могут быть обнаружены без особого труда. Обозначения этих точек приведены на схеме (рис. 1).

Линейные измерения берут в вертикальной или горизонтальной плоскости. Измерения периметров следует производить лентами, а диаметров — циркулями.

Измерения роста и длины сегментов тела, высоты определяют ростомером (антропомером). Такие измерения нельзя производить лентой. При измерениях обследуемого он должен всегда находиться в определенной позе (военной выправке). Голову фиксируют в плоскости горизонтали. Последняя проходит через верхний край козелка уха и нижний край глазницы.

Вес тела следует определять утром, натощак, после освобождения кишечника.

Длину тела (рост) измеряют в положении стоя при помощи деревянного ростомера. Обследуемый становится на деревянную площадку ростомера и касается стойки ростомера пятками, ягодицами и лопатками. Корпус наклоняется несколько вперед, живот подбирается, руки опускаются по швам, голова находится в положении принятой горизонтали. После этого опускают горизонтальную планку до соприкосновения ее с верхушечной точкой головы и закрепляют, затем отмечают рост с точностью до 0,5 см.

Рост сидя измеряют тем же ростомером с откидной скамейкой или же пользуются скамейкой, табуретом высотой в 40 см. Обследуемый ягодицами и межлопаточной областью касается стойки ростомера. Голову устанавливают в положении принятой горизонтали, после чего опускают планку. Отмечают рост в положении сидя, из которого высчитывают высоту подставки, на которой сидел обследуемый.

Окружность грудной клетки измеряют сантиметровой лентой, лучше металлической. Обследуемый поднимает руки в стороны, после этого ленту накладывают сзади под нижние углы лопаток, спереди — по нижнему краю сосковых кружков у мужчин и на уровне прикрепления IV ребер к груди — над молочными железами у женщин. После наложения ленты руки опускают. Окружность груди измеряют при вдохе, выдохе (максимальном выдохе) и во время паузы. Обследуемый должен стоять прямо, не наклоняясь. Измерения необходимо произво-

дить два или три раза и записывать максимальные величины. Точность измерения до 1 см.

Измерение окружности плеча: верхнюю конечность сгибают в локтевом суставе, не напрягая мышц. Лентой измеряют плечо в месте наибольшего утолщения двуглавой мышцы плеча. Затем измеряют плечо при свободно опущенной вниз руке в этом же месте.

Измерение окружности предплечья: лентой измеряют окружность самого широкого места опущенного предплечья.

Измерение окружности бедра: обследуемый расставляет ноги на ширину плеч. Сантиметровую ленту накладывают сзади под ягодичной складкой, спереди — горизонтально.

Измерение окружности голени производят в ее наиболее широком месте.

Ширину плеч измеряют большим толстотным циркулем или антропомером. Ножки циркуля ставят на акромиальные отростки лопаток, но не на головку плечевой кости.

Ширину таза измеряют так же, как в акушерской практике.

Измерение длины верхних конечностей производят в положении военной выправки со спущенными руками и выпрямленными пальцами. Измерение производится антропомером.

Длину нижних конечностей измеряют в таком же положении антропомером. Определяют расстояние от пола до большого вертела бедра.

Таковы основные измерения, которые приходится производить в судебно-медицинской практике.

Еще раз необходимо повторить, что эти измерения должны производиться подготовленным специалистом. Следует воспользоваться специальными руководствами по технике и методике антропометрических измерений, если встретится необходимость в других измерениях.

Осмотр одежды обследуемого. Для выяснения ряда вопросов, интересующих органы расследования и суд, большое значение приобретает осмотр судебно-медицинским экспертом одежды, обуви, головного убора свидетельствуемого.

Повреждения наносятся не только открытым частям тела, но и прикрытым одеждой, поэтому на одежде остаются следы от действия орудий, оружия и другие особенности. Судебно-медицинский эксперт, осматривая свидетельствуемого, обязательно должен обращать внимание на одежду. Большое значение имеет осмотр одежды в том случае, когда подозревают, что свидетельствуемый сам нанес себе те повреждения, которые он выдает за повреждения, причиненные другим лицом. Сопоставление повреждений на одежде и на теле иногда позволяет установить, что повреждения одежды возникли одновременно с повреждениями тела, не совпадают с повреждениями на теле. Одежда может потребовать специального (криминалистического, судебно-химического) исследования. В таких случаях одежда как вещественное доказательство направляется следователем для криминалистической или судебно-химической экспертизы.

Исследования одежды для разрешения ряда специальных вопросов должны производиться судебно-медицинским экспертом или экспертом-криминалистом, судебным химиком с применением всех необходимых методов исследования. Эксперт же в ряде случаев осматривает одежду потерпевшего, и поэтому он должен уметь осмотреть и описать имеющиеся повреждения одежды, следы и другие особенности на ней. Одежда, требующая специального исследования, может быть изъята и направлена только следователем. Эксперт, установив, что одежда требует специального исследования, сообщает об этом следователю.

Отдельные части одежды имеют свои специальные названия. Эксперт может наносить обнаруживаемые им повреждения, следы и другие изменения и особенности одежды на схемы одежды.

Специальные исследования. В большинстве случаев для проведения экспертизы достаточно осмотра свидетельствуемого без каких-либо дополнительных специальных исследований. Это бывает в тех случаях, когда имеются поверхностные повреждения и нет подозрений на какие-либо повреждения более глубоких тканей, костей, внутренних органов, т. е. когда обычно идет речь о повреждениях легких, без причинения расстройства здоровья.

Иногда же эксперт не может ограничиться только осмотром свидетельствуемого, а для заключения и ответа на поставленные вопросы требуются дополнительные и специальные исследования не только самого свидетельствуемого, но и лабораторные исследования, например его выделений, исследование вещественных доказательств и др.

К таким специальным исследованиям относятся следующие.

Рентгеноскопическое или, чаще, *рентгенографическое исследование*, которое приходится производить при указаниях или подозрениях на переломы костей, на наличие инородных тел или воздуха, газов в тканях и полостях, скоплений крови, экссудатов и транссудатов.

Лабораторные исследования: клиническое исследование мочи, мокроты и других выделений, крови; бактериологическое и бактериоскопическое исследования выделений, экссудатов и др. Серологические исследования, исследования спинномозговой жидкости, например при венерологической экспертизе, при экспертизе состояния здоровья и по другим поводам.

Спектральное исследование крови, мочи при несмертельных отравлениях, при подозрении на повреждение почек.

Химическое исследование содержимого опухолей или флегмон, абсцессов при подозрении на их искусственное происхождение, мочи при подозрении на притворные или искусственные заболевания, выделений из матки, влагалища при подозрении на криминальный аборт и др.

Ботаническое исследование посторонних частичек, обнаруженных на коже при подозрении на искусственное происхождение некоторых кожных заболеваний, искусственных поражений конъюнктивы и др.

Микроскопическое исследование посторонних частиц и загрязнений из области повреждений, на одежде и др.

Иногда заключение эксперта основывается на результатах таких специальных исследований.

Результаты специальных исследований и заключение консультантов-специалистов вносятся в документ экспертизы; рентгеновские снимки, заключение по лабораторным исследованиям к нему прилагаются.

Документ судебно-медицинской экспертизы, его структура и составление. К составлению документа судебно-медицинской экспертизы (заключения эксперта) эксперт должен относиться с особой тщательностью. Этот документ является в дальнейшем в судебном процессе доказательством по делу. Он должен быть исчерпывающим и безукоризненным как по содержанию, так и по форме, полностью отражать то, что было обнаружено у свидетельствуемого, и давать научно обоснованные ответы на поставленные эксперту вопросы. Документ должен быть хорошо иллюстрирован фотографиями, схемами, рисунками. Содержание заключения эксперта предусмотрено ст. 191 УПК (см. выше). Сюда же включают и данные, полученные экспертом при ознакомлении с медицинскими документами, т. е. выдержки из них. В этих вы-

держках указывают наименование самого документа, копию или подлинник, дату, номер, учреждение, в котором заполнен документ, и все данные, которые необходимы для дачи заключения.

После *«обстоятельств дела»* под особым подзаголовком подробно записывают жалобы, предъявленные обследуемым.

Описательная часть документа экспертизы имеет подзаголовок *«Объективные данные»*. В этой части эксперт, как уже было сказано, последовательно, обстоятельно и детально описывает все объективные данные, которые им были обнаружены при исследовании субъекта.

Заключение должно содержать развернутые, научно обоснованные ответы на перечисленные в постановлении вопросы, а если их не было, то заключение должно содержать мотивированные, научно обоснованные выводы, объясняющие, почему эксперт пришел к такому заключению.

Заключение подписывается судебно-медицинским экспертом или экспертами, консультантом-специалистом, если он участвовал в качестве эксперта в проведении экспертизы. Документ экспертизы заверяют приложением печати. К документу прилагают заверенные подписью эксперта и печатью схемы, рисунки, фотографии. При этом в самом документе должно быть указано, что к нему прилагается.

При экспертизе по делам частного обвинения документ экспертизы не следует выдавать на руки свидетельствуемому, а высылать только по запросу органов расследования, суда. Там же, где обнаруживают менее тяжкие или тяжкие телесные повреждения, документ экспертизы ни в коем случае не выдают на руки свидетельствуемому, а пересылают следователю или в районную прокуратуру. У эксперта должна оставаться копия документа экспертизы.

Телесные
цинской
ния очен
причинен
ственная,

гие прои
ний для
не может
вне и при

Круг в
весьма об
дом случ
поврежде
исшествия

Посто
при повре
1) опр
2) опр
3) опр
дения.

Кроме
утраты тр
ности и об

Судебно
вые с

Часть 2.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ПОВОДУ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Телесные повреждения — наиболее частый повод для судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Повреждения различного происхождения очень часто являются основанием для привлечения виновных в их причинении к уголовной ответственности. Бытовая, уличная, производственная, спортивная травма, некоторые воинские преступления, другие происшествия требуют судебно-медицинской экспертизы повреждений для разрешения многих и существенных вопросов, без чего иногда не может быть успешно проведено следствие, квалифицировано действие и привлечение к уголовной ответственности.

Круг вопросов, возникающих при экспертизе телесных повреждений, весьма обширен. Одни из них приходится разрешать постоянно в каждом случае, другие обусловлены конкретными особенностями самого повреждения, механизмом его возникновения или особенностями происшествия.

Постоянными вопросами, подлежащими разрешению экспертизой при повреждениях, являются:

- 1) определение степени тяжести телесного повреждения;
- 2) определение давности возникновения повреждения;
- 3) определение происхождения и механизма возникновения повреждения.

Кроме этих основных вопросов, приходится устанавливать размеры утраты трудоспособности, состояния здоровья и многие другие особенности и обстоятельства, связанные с повреждениями.

Глава IV

ТЯЖКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Судебно-медицинскому эксперту необходимо знать некоторые правовые стороны, связанные с определением степени тяжести телесных повреждений, для того, чтобы правильно оценивать последние в каждом отдельном конкретном случае.

Уголовно-правовая характеристика телесных повреждений

С точки зрения уголовного права телесные повреждения есть противоправное, умышленное или неосторожное, без намерения лишить жизни, причинение одним лицом вреда здоровью другого лица. Причиняемый вред здоровью может быть в виде нарушения анатомической целостности тканей или органов или нарушения их функций.

С медицинской точки зрения телесными повреждениями называются нарушения анатомической целостности или физиологической функции тканей и органов, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды на человеческий организм (механических, физических, химических и др.). Следовательно, телесные повреждения — это понятие, очень широко включающее не только повреждения от механических факторов, но и ожоги, отравления и другой вред здоровью, причиненный любым способом.

Подавляющее большинство экспертиз по поводу определения степени тяжести телесных повреждений проводится по делам частного обвинения. Если устанавливают, что телесное повреждение является менее тяжким или тяжким, то уголовное преследование возбуждается органами расследования, и оно не может быть прекращено примирением сторон.

Судебно-медицинский эксперт должен учитывать большую ответственность, которую он несет при определении степени тяжести телесного повреждения. Заключение эксперта служит основой для квалификации действий обвиняемого.

Если эксперт определяет повреждение как тяжкое, то этим самым его заключение является основанием для органов расследования и суда предъявить обвинение по ст. 108 УК. Первая часть этой статьи предусматривает санкцию в виде лишения свободы на срок до 8 лет.

Если эксперт определяет повреждение как менее тяжкое, то это является основанием для предъявления обвинения по ч. 1 ст. 109, которая предусматривает санкцию в виде лишения свободы на срок до 3 лет или исправительно-трудовые работы на срок до одного года.

Общие принципы определения степени тяжести телесных повреждений, предусмотренных уголовными кодексами союзных республик

Уголовные кодексы всех союзных республик предусматривают причинение телесных повреждений в качестве самостоятельных составов преступлений. Судебно-медицинская экспертиза по поводу определения степени тяжести телесных повреждений — самый распространенный вид экспертизы и в количественном отношении значительно превышает все виды судебно-медицинской экспертизы по другим поводам. Экспертизу по поводу определения степени тяжести телесных повреждений и другим вопросам, связанным с подобными повреждениями, приходится проводить не только судебно-медицинским экспертам, но очень часто районным врачам. Поэтому им необходимо знать общие принципы определения степени тяжести телесных повреждений для того, чтобы правильно проводить этот вид экспертизы. Дело в том, что врачи несудебно-медицинские эксперты не имеют представления о принципах определения степени тяжести телесных повреждений и устанавливают сте-

пень тяжести повреждений не так, как этого требует Закон, а так, как это им кажется правильным.

Для определения характера телесных повреждений проведение судебно-медицинской экспертизы является обязательным (ст. 79 УПК). Судебно-медицинская экспертиза по поводу определения степени тяжести телесных повреждений производится только на основании постановления (предложения) органов дознания, следствия или определения суда. Эта экспертиза не производится по просьбе частных лиц, по предложениям учреждений или организаций и товарищеских судов. Статьи УК союзных республик, предусматривающие телесные повреждения, отражают различные степени причиненного вреда здоровью, способы причинения повреждения, а также смерть от тяжкого телесного повреждения. Последнее в этом руководстве не рассматривается. От степени размеров причиненного вреда, т. е. от повреждения, зависит и юридическая квалификация действия. Так как степень причиненного вреда определяется судебно-медицинским экспертом, то ошибочное определение степени тяжести телесного повреждения повлечет за собой ошибочную квалификацию действия, что связано с определением санкции, т. е. наказания, за причиненное телесное повреждение. Поэтому ошибка эксперта повлечет за собой судебную ошибку. Вот почему судебно-медицинскому эксперту или врачу, производящему такую экспертизу, нельзя допускать ошибок при установлении степени тяжести телесного повреждения.

При определении степени тяжести телесного повреждения судебно-медицинский эксперт обязан руководствоваться: 1) указаниями Закона и 2) Правилами по определению степени тяжести телесных повреждений, утвержденными министерством здравоохранения союзной республики.

В статьях УК приведены признаки телесных повреждений различной степени тяжести, а «Правила» разъясняют каждый признак ■ отдельно, что следует под этим признаком понимать. Эксперт и должен давать свое заключение в рамках Закона и «Правил», не допуская их произвольного толкования.

УК, предусматривая телесные повреждения, имеет в виду: 1) опасность их для жизни; 2) вред, причиняемый здоровью, который заключается ■ последствиях повреждения. Последствиями повреждений могут быть: а) стойкая утрата трудоспособности различных степеней; б) длительное или кратковременное расстройство здоровья; в) прерывание беременности; г) неизгладимое обезображивание лица.

Некоторые легкие телесные повреждения (ссадины, царапины, кровоподтеки) сами по себе могут и не повлечь кратковременного расстройства здоровья, т. е. фактически не иметь последствий. Такие повреждения тоже предусматриваются Законом.

УК союзных республик различают, в зависимости от последствий, различные степени тяжести телесных повреждений. В разных УК одни и те же степени тяжести телесных повреждений (по смыслу и содержанию статей) имеют различные обозначения.

УК предусматривают повреждения следующих степеней: 1) тяжкие (особо тяжкие — УК Эстонской ССР); менее тяжкие (тяжкие — УК Эстонской ССР, средней тяжести — УК Украинской ССР, Казахской ССР, Латвийской ССР; тяжкие — ст. 88 п. а. УК Узбекской ССР) и легкие. УК предусматривают также и особые способы причинения вреда здоровью: мучение, истязание и побои.

Руководствуясь Законом и «Правилами» при исследовании потерпевшего, судебно-медицинский эксперт обязан определить, к какой сте-

пени тяжести относятся обнаруженные им у свидетельствуемого телесные повреждения — к тяжким, менее тяжким или легким. Признаки каждой степени тяжести телесных повреждений указаны в соответствующих статьях Закона (УК) (ст. ст. 108, 109, 112 УК РСФСР). (табл. 1).

Тяжкие телесные повреждения (ст. 108 УК РСФСР)

В статьях УК проводятся следующие признаки тяжкого телесного повреждения:

- а) опасное для жизни;
- б) потеря зрения, слуха или потеря какого-либо органа, либо утрата органом его функции;
- в) душевная болезнь;
- г) расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;
- д) прерывание беременности;
- е) неизгладимое обезображивание лица.

Рассмотрим каждый из этих признаков в отдельности.

Опасные для жизни повреждения. Закон предусматривает по существу только один вид повреждений — опасные для жизни. Никаких других видов повреждений Закон не предусматривает, и это очень важно понять. Все остальные признаки, указанные в Законе, это не повреждения, а их последствия. Поэтому в «Правилах» дается перечень только опасных для жизни повреждений, и только те повреждения эксперт может отнести к опасным для жизни, которые приведены в этом перечне.

К опасным для жизни повреждениям относятся такие, которые при обычном их течении (без оказания медицинской помощи) заканчиваются смертью или когда они создают для потерпевшего угрозу смерти. Эти повреждения опасны для жизни в момент причинения и независимо от оказания медицинской помощи. Они опасны, следовательно, сами по себе. Иногда, особенно при оказании медицинской помощи, такие повреждения могут иметь и благоприятный исход и не влекут за собой никаких тяжких последствий. Поэтому опасность для жизни повреждения может быть только в момент его причинения.

Следующие повреждения отнесены к опасным для жизни:

а) Повреждения, проникающие в черепную, в грудную или в брюшную полость, а также в позвоночный канал даже без повреждения внутренних органов.

б) Переломы (открытые и закрытые) костей свода и основания черепа, а также закрытые трещины обеих пластинок.

Перелом наружной стенки лобной пазухи не является сам по себе опасным для жизни. Степень тяжести такого повреждения должна определяться по длительности расстройства здоровья. Полость лобной пазухи имеет непосредственное сообщение с внешней средой. Переломы передней стенки лобной пазухи не нарушают герметичности полости черепа и поэтому не являются опасными для жизни.

в) Повреждения крупного кровеносного сосуда (аорты, общей сонной, внутренней сонной, наружной сонной артерий, подключичной, подмышечной, плечевой, бедренной, подколенной или сопровождающих их вен).

Примечание. Повреждения других периферических сосудов (предплечья, кисти, голени, стопы, шеи, лица, головы) оцениваются в каждом конкретном случае, в

Таблица 1

Квалифицирующие признаки телесных повреждений (УК РСФСР)

Ст. 108 Тяжкое телесное повреждение	Ст. 109 Менее тяжкое телесное повреждение		Ст. 112 Легкое телесное повреждение	
	часть 1	часть 2	часть 1	часть 2

Таблица 1

Квалифицирующие признаки телесных повреждений (УК РСФСР)

Ст. 108 Тяжкое телесное повреждение		Ст. 109 Менее тяжкое телесное повреждение		Ст. 112 Легкое телесное повреждение		Ст. 113 Истязание
часть 1	часть 2	часть 1	часть 2	часть 1	часть 2	
<p>1. Опасное для жизни</p> <p>2. Повлекшее за собой:</p> <p>а) потерю зрения;</p> <p>б) потерю слуха;</p> <p>в) потерю какого-либо органа;</p> <p>г) утрату органом его функции;</p> <p>д) душевную болезнь;</p> <p>е) иное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;</p> <p>ж) повлекшее прерывание беременности;</p> <p>з) вызвавшееся в неизгладимом обезображивании лица</p>	<p>Те же действия</p> <p>1. Если они повлекли за собой смерть потерпевшего</p> <p>2. Или носили характер мучения или истязания (не устанавливается судебно-медицинским экспертом)</p>	<p>1. Неопасное для жизни</p> <p>2. Не причинившее последствий, предусмотренных ст. 108</p> <p>3. Вызвавшее длительное расстройство здоровья</p> <p>4. Вызвавшее значительную утрату трудоспособности менее чем на одну треть</p>	<p>Те же действия</p> <p>1. Если они носили характер мучений или истязания (не устанавливается судебно-медицинским экспертом)</p>	<p>Повлекшее за собой:</p> <p>а) кратковременное расстройство здоровья;</p> <p>б) незначительную стойкую утрату трудоспособности</p>	<p>Не повлекшее за собой последствий, указанных в части 1 настоящей статьи</p>	<p>Систематическое нанесение побоев или иные действия, носящие характер истязания, если они не повлекли последствий, указанных в ст. ст. 108 и 109</p>

41 Примечание В этой таблице приведены признаки, которыми должен руководствоваться эксперт при определении степени тяжести телесных повреждений. Этими признаками эксперт обязан обосновывать в своем заключении установленную им степень тяжести телесного повреждения.

зависимости от вызванных ими последствий — симптомов острой кровопотери, шока, т. е. конкретной опасности для жизни.

г) Открытые переломы длинных трубчатых костей: бедра, голени, плеча и предплечья.

Примечание. Закрытые переломы эпифизов и диафиза бедра относятся к тяжелым телесным повреждениям: а) по признаку опасности для жизни, если они сопровождались тяжелым шоком или клинически выраженным опасным для жизни состоянием, вызванным жировой эмболией легких или мозга; б) по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности, если последствием перелома бедра была стойкая утрата трудоспособности свыше 33%. При отсутствии признаков опасности для жизни или стойкой утраты трудоспособности не менее трети перелом бедра определяется по признаку «длительного расстройства здоровья» — как менее тяжелое телесное повреждение.

д) 1. Переломы шейного отдела позвоночника, за исключением изолированных переломов отдельных отростков позвонков.

2. Полные переломы позвоночника ■ других отделах с нарушением активной функции спинного мозга.

Примечание. Переломы позвоночника в грудном, поясничном отделах без нарушения активной функции спинного мозга относятся к тяжелым телесным повреждениям:

а) по признаку опасности для жизни, если они сопровождались тяжелым шоком;

б) по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности, если последствием перелома позвоночника была стойкая утрата трудоспособности свыше 33%.

При отсутствии признаков опасности для жизни или стойкой утраты трудоспособности не менее трети перелом позвоночника определяется по признаку «длительного расстройства здоровья» — как менее тяжелое телесное повреждение. Изолированные переломы отдельных отростков позвонков определяются по их последствиям, длительному или кратковременному расстройству здоровья.

е) Переломы костей таза определяются как тяжелые телесные повреждения:

а) по признаку опасности для жизни, если они сопровождались тяжелым шоком, острой кровопотерей, повреждением тазовых органов, т. е. конкретной опасностью для жизни;

б) по признаку стойкой утраты трудоспособности не менее трети, если они повлекли за собой стойкую утрату трудоспособности свыше 33%. При отсутствии признаков опасности для жизни или стойкой утраты трудоспособности не менее трети переломы костей таза определяются по признаку «длительного расстройства здоровья» как менее тяжелое телесное повреждение. Изолированные, краевые переломы подвздошной кости и другие переломы костей таза оцениваются в зависимости от вызванных ими последствий.

ж) Тяжелая степень сотрясения головного мозга с угрожающими для жизни симптомами.

Примечание. Легкая и средняя степень сотрясения головного мозга оценивается в зависимости от последствий, при условии, если диагноз сотрясения мозга подтверждается клиническими наблюдениями. При отсутствии каких-либо объективных данных сотрясения мозга, зафиксированных ■ медицинских документах, это отсутствие указывается ■ заключении судебно-медицинского эксперта, без оценки степени тяжести сотрясения мозга.

з) Установленные клинически закрытые повреждения внутренних органов грудной или брюшной полости, полости таза, почки, а также ушиб мозга или внутричерепные кровоизлияния.

и) Тяжелая степень шока, коллапс, жировая или газовая эмболия или значительная кровопотеря, сопровождающиеся угрожающими для жизни симптомами.

к) Проникающие раны глотки, гортани, трахеи, пищевода.

л) Расстройство мозгового кровообращения с потерей сознания,

амнезией, возникшее от сдавления шеи, если это объективно устанавливается клиническими данными и обстоятельствами дела.

м) Ожоги тела термические, химические, электрические II—III степени и занимающие не менее 25% поверхности тела.

Все остальные повреждения, какие бы они ни были, оцениваются по их исходу.

Необходимо отдельно рассмотреть некоторые вопросы, возникающие в связи с опасными для жизни повреждениями. Следует различать опасность для жизни способа причинения повреждения, его расположение и опасность для жизни самого повреждения.

Опасность для жизни способа причинения повреждения может заключаться в примененном орудии (например, топор), оружии (огнестрельное оружие, кинжал и др.), в веществе (например, попытка дать мышьяк, цианистый калий и др.), приеме (сдавление шеи петлей, руками, утопление и др.).

Опасность для жизни способа остается неизменной и сохраняется не только при совершенном действии, но и при приготовлении к нему и при покушении на убийство, причинении телесных повреждений этим способом. Если кто-либо приобрел оружие с целью нанести повреждение или с приготовленным оружием напал на кого-либо, но не успел применить оружие, опасность способа остается неизменной.

Если кто-либо выстрелил в другого человека и не попал, то способ применения огнестрельного оружия сам по себе опасен для жизни.

Если кто-либо бросил в другого человека футбольный мяч, попал ему в голову, в результате чего возникло тяжелое сотрясение мозга, — способ не опасен для жизни, повреждение же, возникшее от неопасного для жизни способа, оказалось опасным для жизни и по этому признаку будет тяжким.

Еще пример. Удар кулаком в висок, трещина в височной кости, эпидуральная гематома, сдавление мозга, опасное для жизни состояние, операция, выздоровление. Способ сам по себе не опасен для жизни, а повреждение, причиненное этим способом, опасное для жизни, тяжкое.

Определение опасности для жизни способа причинения повреждения в большинстве случаев не требует специальных познаний и, следовательно, проведения экспертизы. Лишь в отдельных случаях могут потребоваться специальные познания. Например, при попытке отравления — определение характера и опасности для жизни примененного отравляющего вещества и его дозы требует специальных познаний. Но и здесь специальные познания требуются для установления характера и дозы вещества, а из заключения эксперта следователь, суд будут делать вывод об опасности для жизни способа. Таким образом, опасность для жизни способа причинения повреждения или иного вреда здоровью определяется не экспертом. Эксперт устанавливает лишь последствия способа причинения вреда здоровью, — опасность для жизни самого повреждения.

Расположение повреждения на определенной части тела само по себе не определяет опасности повреждения для жизни. Так, например, расположение повреждения в области головы, сердца, живота не дает основания любое повреждение только по признаку его расположения в этих местах относить к опасным для жизни. Поверхностное огнестрельное ранение кожи в области головы, царапина или поверхностная ранка кожных покровов, причиненная ножом, кинжалом в области сердца, не могут быть и не будут определены экспертом как повреждения, опасные для жизни только по их расположению. Исходя из орудия и расположения повреждения, следователь и суд сами мо-

гут сделать вывод об опасности для жизни способа причинения такого повреждения. Таким образом, нужно еще раз повторить, что судебно-медицинский эксперт определяет опасность для жизни только самого повреждения.

Опасные для жизни повреждения. В Законе (УК) перечисляются признаки, по которым повреждения следует относить к тяжким, менее тяжким и легким (см. табл. 1).

Закон, предусматривая телесные повреждения, имеет в виду два обстоятельства: а) опасность повреждений для жизни и б) вред, причиненный повреждением здоровью. Опасность для жизни есть самостоятельный признак тяжкого телесного повреждения. Если установлено, что повреждение опасно для жизни, то оно уже только по этому признаку является тяжким. Именно потому, что опасность для жизни является самостоятельным признаком тяжкого телесного повреждения, исход опасного для жизни повреждения уже не имеет значения для оценки степени его тяжести, так как эта степень тяжести определяется уже признаком опасности для жизни. Это необходимо разъяснить, ибо некоторые эксперты не представляют себе, почему при опасных для жизни повреждениях исход не учитывается, а у неопасных для жизни повреждений учитывается только исход.

Если, допустим, завтра из Закона (УК) будет исключен признак *опасности для жизни* и в статье, предусматривающей тяжкие телесные повреждения, этого признака не будет, а останутся все остальные, тогда все и любые повреждения будут учитываться только по их исходу.

Следовательно, Закон учитывает только один вид повреждений — «повреждения, опасные для жизни». Все остальные повреждения оцениваются только по их исходу.

Некоторые эксперты говорят, что повреждения нужно оценивать по их характеру. Например, перелом бедра — это тяжкое телесное повреждение. Для того чтобы учитывать повреждения по их характеру, нужно сначала определить, что является *характером повреждения*. И вот, когда мы попытаемся определить характер повреждения, окажется, что характер повреждения это и есть или опасность повреждения для жизни, или исход, а последний может реализоваться либо в стойкой утрате трудоспособности различной степени, либо в расстройстве здоровья, длительном или кратковременном.

Поясним это примером. Человек получил перелом бедра. В дальнейшем повреждение имело благополучный исход, без образования ложного сустава, без укорочения конечности, без стойкой утраты трудоспособности. Поэтому исход (последствие) повреждения реализовался только в длительном расстройстве здоровья. Последнее же является признаком менее тяжкого телесного повреждения.

Но представим себе, что у пострадавшего в момент получения повреждения — перелома бедра — возник тяжелый шок. Последний является признаком опасного для жизни повреждения. По этому признаку данное повреждение (перелом бедра) должно будет квалифицироваться как тяжкое. Благополучный исход упомянутого повреждения в дальнейшем, без стойкой утраты трудоспособности, не будет влиять на оценку степени тяжести повреждения потому, что по признаку опасности для жизни оно было тяжким уже в момент причинения. Вот в этом нужно основательно разобраться.

О самом понятии *опасности для жизни*. Есть такие опасные для жизни повреждения, которые могут заканчиваться благополучно, однако благополучный исход является исключением и обычно такие повреждения дают смертельный исход. Известны многочисленные случаи

ранения мо
Живут люд
этом трудо
ваются сме
после таког
собным.

Опаснос
можностью
вреждения
или какого-
ницы и т. д.
опасно для
зовьется во
нуем. Поэто
сены такие,
или когда о
но при ока
иметь благо
последствий
опасность д
причинения.
никающие р
номозгового

Опасност
ность повреж

Примеры.
в непосредстве
ние амбулатор
Повреждение л
нельзя считать
артерию.

2. При скво
Своевременная
тяжкое, потому

То обстоя
повреждения,
повреждений.
должно быть
будет сказыв
нии. Вот поэ
повреждений»
ных республи

В связи с
смотреть боле
перечень кото
1. Повреж
сомнений в их
по поводу про
опасными для
от проникающ

По данным
1946—1960 гг.
ставляла 5,5%
хирургической
лись предлож
опасными для

ранения мозга, сердца, крупных сосудов с благополучным исходом. Живут люди с инородными телами в мозгу, в сердце, сохраняя при этом трудоспособность. Однако обычно такие повреждения заканчиваются смертью и поэтому они являются опасными для жизни, хотя после такого повреждения человек может остаться живым и трудоспособным.

Опасность для жизни повреждения не уменьшается в связи с возможностью быстрого оказания медицинской помощи, так как такие повреждения могут быть получены и в условиях невозможности быстрого или какого-либо оказания медицинской помощи, вдали от жилья, больницы и т. д. Например, проникающее ранение брюшной полости всегда опасно для жизни потому, что без оказания медицинской помощи разовьется воспаление брюшины, перитонит и смертельный исход неминуем. Поэтому к опасным для жизни повреждениям должны быть отнесены такие, которые при обычном их течении заканчиваются смертью или когда они создают для потерпевшего угрозу смерти. Иногда, особенно при оказании медицинской помощи, подобные повреждения могут иметь благоприятный исход и не оставить после себя никаких тяжелых последствий в виде стойкой утраты трудоспособности. Таким образом, опасность для жизни такого повреждения возникает уже в момент его причинения. С этой точки зрения опасным для жизни являются проникающие раны черепной, грудной, брюшной полостей и полости спинномозгового канала.

Опасность для жизни представляет само повреждение, а не возможность повреждения.

Примеры. 1. При сквозном огнестрельном ранении шеи пуля прошла через мышцу ■ непосредственной близости от сонной артерии, но не повредила этого сосуда. Лечение амбулаторное, первичное заживление, кратковременное расстройство здоровья. Повреждение легкое, с кратковременным расстройством здоровья. Это повреждение нельзя считать опасным для жизни потому, что пуля могла повредить сонную артерию.

2. При сквозном огнестрельном ранении была повреждена стенка сонной артерии. Своевременная помощь, первичное заживление, но повреждение опасное для жизни, тяжелое, потому что была повреждена сонная артерия.

То обстоятельство, что Закон предусматривает опасные для жизни повреждения, требует четкого указания в виде перечня этих опасных повреждений. Необходимость такого перечня объясняется тем, что не должно быть разнотолкований опасных для жизни повреждений, что будет сказываться уже на квалификации действия и судебном решении. Вот поэтому в «Правилах определения степени тяжести телесных повреждений» Министерства здравоохранения РСФСР и других союзных республик приведен перечень опасных для жизни повреждений.

В связи с возникающими в практике вопросами необходимо рассмотреть более детально некоторые опасные для жизни повреждения, перечень которых дается в «Правилах» и указан выше.

1. Повреждения, проникающие в черепную полость, не вызывают сомнений в их опасности для жизни. У некоторых возникают сомнения по поводу проникающих ранений грудной клетки, почему они являются опасными для жизни. По материалам лечебных учреждений, смертность от проникающих ранений грудной клетки всегда относительно высокая.

По данным Н. В. Хорошко (Институт имени Склифосовского), в 1946—1960 гг. общая смертность при проникающих ранениях груди составляла 5,5%, в 1961—1965 гг. — 3,1%. Это в условиях неотложной хирургической помощи. Однако некоторыми экспертами высказывались предложения не считать проникающие ранения грудной клетки опасными для жизни вообще, а лишь в тех случаях, когда при таких

ранениях возникает реальная опасность для жизни. С этой точкой зрения нельзя согласиться, и вот почему. Опасность для жизни доказывают не те, кто остался жив, а те, кто умер от таких повреждений. Поэтому для оценки опасности для жизни проникающих ранений грудной клетки необходимо рассмотреть не только больничный материал крупного города, где имеются разветвленная сеть лечебных учреждений и высокая обеспеченность скорой помощью, но и материалы судебно-медицинских вскрытий как города, так и сельских местностей. Такая работа проделана М. Н. Алиевым, проанализировавшим материалы Тулы и Тульской области. Оказалось, что 42% всех получивших проникающие ранения грудной клетки погибли. Кроме того, необходимо учитывать, что такие повреждения связаны с вскрытием внутренней полости человеческого тела, что само по себе представляет опасность для жизни в смысле присоединения инфекции, пневмоторакса, плевропульмонального шока и других осложнений. В хирургической литературе имеются указания, что при каждом проникающем ранении грудной клетки необходимо оперативное вмешательство. Таковы соображения, по которым проникающие ранения грудной клетки отнесены к опасным для жизни повреждениям.

2. Открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа также не вызывают сомнений в их опасности для жизни. Здесь необходимы только некоторые уточнения. К этим повреждениям следует отнести нарушающие герметичность полости черепа закрытые переломы всей толщи кости свода черепа. Трещина одной наружной или только внутренней пластинки кости черепа не относится к опасным для жизни повреждениям как не нарушающая герметичность полости черепа.

К этим повреждениям не относится также трещина внутренней пластинки орбиты, наружной стенки лобной пазухи и стенок решетчатой кости, при которых не происходит нарушения герметичности полости черепа. В практике наблюдаются при переломах носовых костей одновременно переломы внутренней пластинки орбиты, переломы решетчатой кости, не затрагивающие, однако, основания черепа. Некоторые ошибочно такие переломы также принимают за переломы костей основания черепа и поэтому оценивают их как опасные для жизни, хотя здесь имеет место фактически перелом одних участков костей лицевого скелета.

3. Повреждения крупных кровеносных сосудов, перечисленных в «Правилах», не вызывают сомнений в их опасности для жизни.

Повреждения других периферических сосудов (предплечья, кисти, голени, стопы, шеи, лица, головы) могут в отдельных случаях сопровождаться сильным кровотечением и вызывать состояние острой кровопотери и шока. В таких случаях они должны быть оценены как опасные для жизни в силу конкретной опасности для жизни данного человека. Если же опасных для жизни состояний не возникает, то повреждения этих периферических сосудов оцениваются по их исходу.

4. Открытые переломы длинных трубчатых костей, бедра, голени, плеча и предплечья отнесены к опасным для жизни потому, что они могут, кроме опасных для жизни состояний (шока), привести и к общему заражению организма, особенно в условиях невозможности быстрого получения квалифицированной медицинской помощи. Особенно это относится к открытым переломам более крупных костей. В практике встречается оценка закрытых переломов бедра по исходу.

Некоторые считают, что перелом бедра всегда должен считаться опасным для жизни и всегда быть тяжким телесным повреждением. С этим нельзя согласиться по следующим основаниям. Повреждение

может быть отнесен в Законе. т. исходу.

Перелом бедра по признаку опасности встречается редко приводит к смерти. Вот в таких случаях повреждениям отнесены.

Переломы бедра в случаях они до конца по признаку опасности.

Некоторые считают, что более и поэтому же нельзя согласиться с тем, что в переломе бедра в сотрясениях тела механически не проявляются у таких повреждений для жизни.

жировая эмболия в таких случаях раз дыхания, паралич для жизни с быть отнесен к та для жизни.

5. Как показывает практика, за исключением позвоночника, а также нарушением активности жизни и это сомнительно.

Что же касается отделов без нарушения являются опасными вильном лечении.

Эти переломы по опасности для жизни и по другому признаку выше одной способности выше того, то степень тяжести одного расстройств.

На основании того, что любой перелом всегда опасен для жизни.

Еще раз нужно отметить, что по признаку опасности повреждения относятся к тяжким телесным повреждениям.

6. Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

Переломы костей таза относятся к тяжким телесным повреждениям.

может быть отнесено к тяжким по одному из признаков, указанных в Законе, т. е. либо по признаку опасности для жизни, либо по исходу.

Перелом бедра нельзя отнести к тяжким телесным повреждениям по признаку опасности для жизни потому, что смерть от перелома бедра встречается очень редко и этот признак никак не может быть здесь применен. Что касается исходов при переломах бедра, то последние нередко приводят к стойкой утрате трудоспособности свыше одной трети. Вот в таких случаях они и будут отнесены к тяжким телесным повреждениям именно по этому признаку.

Переломы бедра могут сопровождаться тяжелым шоком. В этих случаях они должны быть отнесены к тяжким телесным повреждениям по признаку опасности для жизни.

Некоторые считают, что перелом бедра сопровождается жировой эмболией и поэтому его следует считать опасным для жизни. С этим также нельзя согласиться. Жировая эмболия наблюдается почти при каждом переломе длинных трубчатых костей. Она имеется и при сильных сотрясениях тела. В большинстве случаев жировая эмболия ничем клинически не проявляется, хотя ее можно доказать тем, что при исследовании у таких пострадавших мочи в ней можно обнаружить жир. Опасность для жизни возникает в тех случаях, когда возникает массивная жировая эмболия легких или жировая эмболия сосудов мозга. В подобных случаях развиваются тяжелые клинические явления: затруднение дыхания, параличи, парезы, потеря сознания и др., т. е. тяжелое, опасное для жизни состояние. В указанных случаях перелом бедра может быть отнесен к тяжким телесным повреждениям по признаку опасности для жизни.

5. Как показывает практика, переломы шейного отдела позвоночника, за исключением изолированных переломов отдельных отростков позвонков, а также полные переломы позвоночника других отделов с нарушением активной функции спинного мозга, являются опасными для жизни и это сомнений не вызывает.

Что же касается переломов позвоночника в грудном и поясничном отделах без нарушения активной функции спинного мозга, то они не являются опасными для жизни (З. В. Базилевская, 1962) и при правильном лечении могут не оставлять после себя никаких последствий. Эти переломы позвоночника могут быть отнесены к тяжким по признаку опасности для жизни в том случае, если они сопровождались тяжелым шоком. Упомянутые переломы могут быть тяжким повреждением и по другому признаку — значительной стойкой утрате трудоспособности свыше одной трети, если они повлекли за собой такое последствие. Если же признаков опасности для жизни и стойкой утраты трудоспособности свыше трети при переломах этих отделов позвоночника не было, то степень тяжести их должна определяться по признаку длительного расстройства здоровья или стойкой утраты трудоспособности менее одной трети.

На основании сказанного нельзя согласиться с мнением некоторых, что любой перелом позвоночника опасен для жизни и поэтому такие переломы всегда являются тяжким телесным повреждением.

Еще раз нужно указать, что повреждения могут быть тяжкими либо по признаку опасности для жизни, либо по признаку стойкой утраты трудоспособности свыше одной трети.

6. Переломы костей таза также нельзя всегда относить к тяжким телесным повреждениям. Переломы костей таза не являются тяжкими повреждениями вообще. Они могут быть тяжкими по признаку опас-

ности для жизни, если сопровождались тяжелым шоком, острой кровопотерей, повреждением тазовых органов, т. е. конкретной опасностью для жизни, или они могут быть тяжелыми по признаку стойкой утраты трудоспособности не менее одной трети, если повлекли за собой стойкую утрату трудоспособности свыше 33%. Если нет признака опасности для жизни и признака стойкой утраты трудоспособности свыше одной трети, то степень тяжести перелома костей таза должна определяться по признаку длительного расстройства здоровья или по признаку стойкой утраты трудоспособности менее одной трети.

7. Сотрясение мозга может быть различной степени выраженности. В клинике различают три степени сотрясения мозга. Легкая, или первая, степень сотрясения мозга сопровождается кратковременной потерей сознания (не всегда), головной болью, головокружением, тошнотой и рвотой.

Средняя, или вторая, степень сотрясения мозга сопровождается длительной потерей сознания — в течение нескольких часов, сонливостью, иногда амнезией, заторможенностью. У потерпевших наблюдаются брадикардия, менингеальные явления, мелкоочаговые неврологические симптомы, снижение рефлекторных функций, головные боли, головокружение, тошнота, рвота.

Тяжелая, или третья, степень сотрясения мозга сопровождается длительным бессознательным коматозным или сопорозным состоянием с выраженной сонливостью, заторможенностью, резким снижением рефлекторных функций, менингеальными явлениями, очаговыми неврологическими и патологическими симптомами, тошнотой, рвотой, головокружением.

Опасность для жизни сотрясения мозга оценивается не вообще для сотрясения мозга, а по степени его тяжести. Опасной для жизни является тяжелая, или третья, степень сотрясения мозга. Средняя, или вторая, степень сотрясения мозга может быть опасной для жизни в отдельных конкретных случаях при тяжелом состоянии пострадавшего. Обычно же легкая и средняя степень сотрясения мозга должна оцениваться по исходу.

При оценке сотрясения мозга нужно учитывать следующее.

В одних случаях диагноз сотрясения мозга может быть подтвержден клинически, объективным наблюдением пострадавшего. В этих случаях эксперт может дать заключение без затруднений. В других случаях никаких объективных данных для постановки диагноза сотрясения мозга у эксперта нет, хотя клинически диагноз сотрясения мозга фигурирует в истории болезни и записаны жалобы пострадавшего. Клиницист может ставить диагноз на основании жалоб пострадавшего и иногда при недостаточных данных. Для судебно-медицинского эксперта такой диагноз связан с заключением о степени тяжести телесного повреждения, что в свою очередь может повлечь за собой судебное решение. Поэтому судебно-медицинский эксперт должен весьма осторожно подходить к диагнозу сотрясения мозга. Нужно иметь в виду также, что в практике встречается индуцирование больного врачом, принимавшим его в лечебное учреждение. Иногда больной просто утверждает, отвечая на вопросы, которые ему врач ставит о головной боли, тошноте и рвоте.

Кроме того, нужно иметь в виду, что в практике встречается и симуляция сотрясения мозга, чего клиницисты обычно не учитывают, но судебно-медицинский эксперт должен всегда иметь это в виду. Поэтому при отсутствии каких-либо объективных данных сотрясения мозга, зафиксиро-

рованных в ме-
клинициста). Эк-
оценки степени
судебно-медицинск
тально состояний
зательно добыва
терпевшего.

8. Опасность
грудной или брю-
тричерепных кро-
чтобы такие по-
нии крови в мо-
обосновать, что
инными поврежде-

9. Опасность
вой или газовой
клинически и с
ми, сомнений не

По тяжести
Первая степ
тяжести, пульс
100/60 мм, кож
торможенность
со сдвигом фор
Первая степ
жести.

Вторая степ
минуту, артери
бледные, созна
медленно, тихо
термия, дыхани
блюдается при
отрывах, размо
ных переломах
вотпотеря.

Третья степ
териальное дав
в минуту, кожа
сознание сохра
чает медленно,
ности тела хол
витии шока про
падение артери
степени наблю
костей на уров
ложнениями, в
внутренних орг
ких тканей, инт

10. Проник
опасность для
ний: шока, кр
стинит).

11. Опасно
расценивать в
ления и подт

рованных ■ медицинских документах (что может быть и упущением клинициста), эксперт это отсутствие указывает ■ своем заключении без оценки степени тяжести сотрясения мозга. Можно рекомендовать судебно-медицинскому эксперту в отдельных случаях выяснять более детально состояние больного с наблюдавшим последнего врачом и обязательно добиваться всестороннего неврологического обследования потерпевшего.

8. Опасность для жизни закрытых повреждений внутренних органов грудной или брюшной полости, полости таза, почек, ушиба мозга и внутричерепных кровоизлияний сомнений не вызывает. Необходимо только, чтобы такие повреждения были установлены клинически. При появлении крови в моче следует установить ее происхождение и клинически обосновать, что это связано с закрытым повреждением почки, а не с иными повреждениями.

9. Опасность для жизни тяжелой степени шока, коллапса, жировой или газовой эмболии и значительной кровопотери, явно выраженных клинически и сопровождавшихся угрожающими для жизни симптомами, сомнений не вызывает.

По тяжести различают три степени шока.

Первая степень. Общее состояние удовлетворительное или средней тяжести, пульс 90—100 ударов ■ минуту, артериальное давление 100/60 мм, кожа и видимые слизистые бледные, отмечаются легкая заторможенность при ясном сознании, понижении рефлексов, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

Первая степень шока наблюдается при повреждениях средней тяжести.

Вторая степень. Общее состояние тяжелое, пульс 120—130 ударов ■ минуту, артериальное давление до 85/60—80/50 мм, кожа ■ слизистые бледные, сознание сохраняется, пострадавший заторможен, говорит медленно, тихо. Кожа холодная, бледная, покрыта липким потом, гипотермия, дыхание учащенное, поверхностное. Вторая степень шока наблюдается при переломах костей таза, длинных трубчатых костей, отрывах, размозжениях отдельных частей конечностей, при множественных переломах ребер. Развитию шока второй степени способствует кровопотеря.

Третья степень. Крайне тяжелое общее состояние, максимальное артериальное давление снижается до 70—60 мм, пульс 130—140 ударов в минуту, кожа резко бледная, с сероватым или с синюшным оттенком, сознание сохранено или затемненное, на вопросы пострадавший отвечает медленно, тихо, шепотом, общая резкая заторможенность, конечности тела холодные, температура понижена. В дальнейшем при развитии шока происходит потеря сознания, появляется нитевидный пульс, падение артериального давления, расстройство дыхания. Шок третьей степени наблюдается при тяжелых травмах, отрывах и размозжениях костей на уровне бедра, тяжелых переломах таза, протекающих с осложнениями, ранениях брюшной и грудной полостей с повреждением внутренних органов, при кровопотере, плазмопотере, размозжении мягких тканей, интоксикациях.

10. Проникающие раны гортани, трахеи и пищевода представляют опасность для жизни ■ силу развивающихся при этом опасных состояний: шока, кровопотери и присоединяющихся осложнений (медиастинит).

11. Опасность для жизни при сдавлении шеи рукой, петлей следует расценивать в зависимости от того, имелись ли опасные для жизни явления и подтверждаются ли они объективными данными: была ли по-

теря сознания, амнезия, т. е. симптомы расстройства мозгового кровообращения вследствие кислородного голодания. Само по себе сдавление шеи рукой, если вследствие этого и обнаруживаются экхимозы на конъюнктивах, в коже лица, на слизистой глотки, не может расцениваться как опасное для жизни состояние (рис. 2, 3, 4). Наличие экхи-

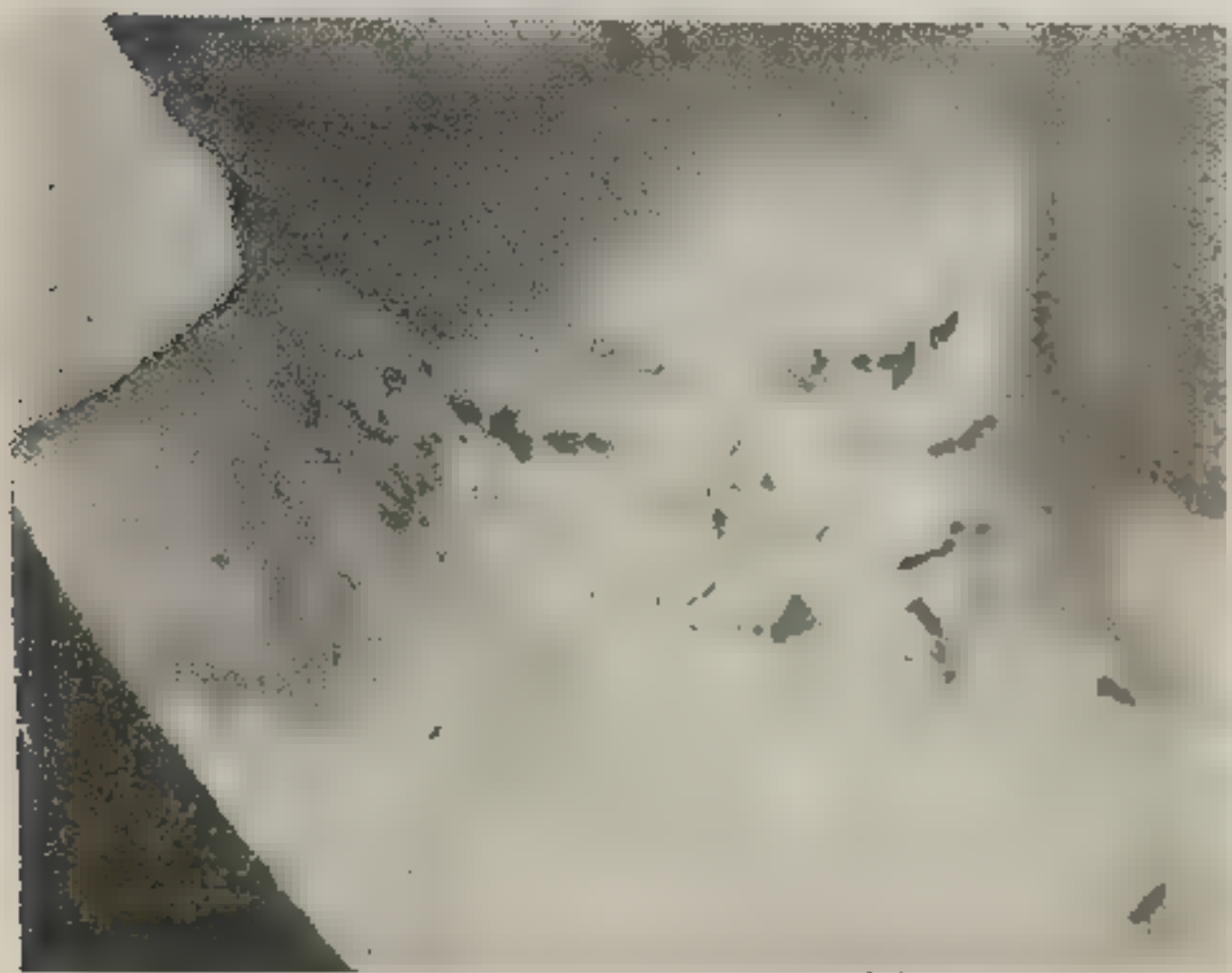


Рис. 2. Ссадины на шее от схватывания рукой.



Рис. 3. Ссадины на шее от схватывания рукой.

мозгов свидетельствует только о повышении давления в системе верхней поллой вены. Экхимозы могут наблюдаться при сильном кашле, рвоте, потугах во время родов без всякого сдавления шеи рукой. Описаны кровоизлияния в конъюнктивы у спортсменов при перетренировках. Вместе с тем смерть от сдавления шеи рукой встречается в судебно-медицинской практике очень редко, хотя схватывание за шею имеет место довольно часто. Здесь следует отличать опасность для жизни способа — схватывания за шею рукой или сдавления шеи петлей — от опасности для жизни последствий такого сдавления в виде потери сознания, судорог, амнезии. Только эти симптомы свидетельствуют о расстройстве мозгового кровообращения и гипоксии. Необходимо также, чтобы указанные симптомы устанавливались клиническими данными или бесспорными обстоятельствами дела.

12. Опасность для жизни термических, химических, электрических ожогов II, III степени, занимающих не менее 25% поверхности тела, сомнений не вызывает.

Таковы некоторые разъяснения по поводу опасных для жизни повреждений, все же остальные повреждения оцениваются только по их исходу.

Некоторые эксперты не соглашаются с тем, что нужно оценивать повреждения по их исходу; они не могут понять, почему так нужно делать. Однако эксперт должен, как упомянуто было выше, проводить свою работу в соответствии с требованиями Закона. В Законе указаны не повреждения (кроме опасных для жизни), а последствия повреждений. Потеря зрения это не повреждение, а исход самых различных повреждений: тупой травмы, огнестрельного повреждения, ожога кислотой, некоторых отравлений. Потеря слуха, потеря какого-либо органа, утрата органом его функций, душевная болезнь, расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности, прерывание беременности, неизгладимое обезображивание лица, длительное расстройство здоровья, кратковременное расстройство здоровья — все эти признаки, перечисленные

Закон. Это не...
денный. Это не...
столько тяжёлые...
Признаки тяжёлых...
(УК) приведены

по их исходу: 1) утрата органа, 4) утрата органа, расстройство здоровья не менее чем на 12 месяцев, неизгладимое обезображивание лица. Что следует понимать под потерей зрения? 1. Потеря зрения — это такое состояние, при котором человек не может видеть в лучшем виде. 2. Потеря зрения — это такое состояние, при котором человек не может видеть в лучшем виде. 3. Потеря зрения — это такое состояние, при котором человек не может видеть в лучшем виде. 4. Потеря зрения — это такое состояние, при котором человек не может видеть в лучшем виде.

Некоторые эксперты не соглашаются с тем, что нужно оценивать повреждения по их исходу; они не могут понять, почему так нужно делать. Однако эксперт должен, как упомянуто было выше, проводить свою работу в соответствии с требованиями Закона. В Законе указаны не повреждения (кроме опасных для жизни), а последствия повреждений. Потеря зрения это не повреждение, а исход самых различных повреждений: тупой травмы, огнестрельного повреждения, ожога кислотой, некоторых отравлений. Потеря слуха, потеря какого-либо органа, утрата органом его функций, душевная болезнь, расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности, прерывание беременности, неизгладимое обезображивание лица, длительное расстройство здоровья, кратковременное расстройство здоровья — все эти признаки, перечисленные

в Законе, являются признаками не повреждений, а последствий повреждений. Это необходимо усвоить для того, чтобы правильно определять степень тяжести телесных повреждений.

Признаки тяжких телесных повреждений по их исходу. В Законе (УК) приведены следующие признаки тяжких телесных повреждений



Рис. 4. Экхимозы ■ коже век. Тот же случай.

по их исходу: 1) потеря зрения, 2) потеря слуха, 3) потеря какого-либо органа, 4) утрата органом его функции, 5) душевная болезнь, 6) иное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть, 7) прерывание беременности, 8) неизгладимое обезображивание лица.

Что следует понимать под каждым из этих признаков?

1. Потеря зрения. Под потерей зрения понимается полная неизлечимая слепота и приравненные к ней состояния, когда острота зрения в лучшем видящем глазу не превышает 0,03 (с коррекцией) или имеется двустороннее концентрическое сужение поля зрения до 5—10°.

Потеря зрения на один глаз оценивается как стойкая утрата общей трудоспособности в размере 35%, т. е. не менее одной трети.

Повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья. Суд может последствия такого повреждения оценить по признаку неизгладимого обезображивания, как тяжкое телесное повреждение.

2. Потеря слуха. Под потерей слуха понимается полная неизлечимая глухота и такое состояние, когда потерпевший не может слышать громкой речи на очень близком расстоянии (3—5 см от ушной раковины).

Некоторыми криминалистами (А. А. Пионтковский, В. Д. Меньшагин и др.) потеря слуха на одно ухо по аналогии с потерей зрения на один глаз рассматривается как повреждение тяжкое. С точки зрения принципов определения степени тяжести телесных повреждений с этим согласиться нельзя. Потеря зрения на один глаз приводит к расстройству бинокулярного зрения и к стойкой утрате 35% общей трудоспособности, т. е. не менее одной трети, поэтому и оценивается как тяжкое телесное повреждение.

Потеря слуха на одно ухо вызывает стойкую утрату общей трудоспособности в размере 15%, т. е. менее одной трети, поэтому и оценивается как повреждение легкое, причинившее расстройство здоровья. Сле-

довательно, потеря слуха на одно ухо не подходит ни под один из признаков тяжкого телесного повреждения, указанных в ст. 108 УК.

3. Потеря какого-либо иного органа. Под потерей «иного органа» понимается потеря языка (речи), руки, ноги, половых органов, но не таких органов, как, например, палец. При этом не имеет значения, вызвало ли повреждение потерю органа в смысле его отделения (руки, ноги, языка, полового члена) или потерю функции этого органа, его недеятельность (паралич руки, ноги и др.).



Рис. 5. Ампутация полового члена опасной бритвой из мести.

а) Под потерей языка понимается неизлечимая потеря способности речи, способности выражать свои мысли сочлененными звуками, понятными для окружающих.

б) Под потерей ноги, руки понимается и потеря кисти, предплечья, стопы, голени или их недеятельность в виде паралича.

в) Потеря производительной способности. Под этим понимается как потеря способности к половому сношению, например вследствие отделения полового члена (рис. 5), рубцового сужения входа во влагалище, так и способности к оплодотворению, например при повреждении обоих яичек, повлекшем за собой их удаление; потеря способности к зачатию, деторождению.

Все такие последствия относятся к тяжким телесным повреждениям. Потеря вследствие повреждения одного яичка не сопровождается утратой способности к оплодотворению, поэтому не может оцениваться как тяжкое

телесное повреждение, а должно оцениваться по длительности расстройства здоровья.

4. Утрата органом его функции. Под этим понимается паралич или бездеятельность органа, вызванная повреждением. Например, деформация кисти, рубцовое стягивание в области больших суставов и другие изменения, препятствующие какой бы то ни было функции органа. Собственно говоря, этот признак всегда будет перекрываться признаком стойкой утраты трудоспособности в различной степени, если бездеятельность органа вызвала стойкую утрату трудоспособности не менее одной трети.

5. Душевная болезнь. Признаком тяжкого телесного повреждения является душевная болезнь, возникшая в связи с полученным повреждением. Например, эпилепсия, возникшая в связи с травмой черепа. Диагностика душевного заболевания и установление причинной связи его с полученной травмой относятся к компетенции судебного психиатра, а не судебно-медицинского эксперта. Последний не является специалистом в области психиатрии и не может давать заключений по поводу психических заболеваний. Оценка степени тяжести такого последствия телесного повреждения производится судебно-медицинским экспертом с участием психиатра. В практике душевная болезнь как последствие повреждения встречается редко.

6. Иное расстройство здоровья, соединенное со

стойкой утратой трудоспособности не менее одной трети. Необходимо предварительно уточнить и разграничить встречающиеся в Законе и практике понятия. Закон (УК) предусматривает стойкую утрату трудоспособности. Под последней понимается общая трудоспособность, т. е. способность к неквалифицированному труду.

Стойкая утрата трудоспособности связана с определившимися изменениями организма, при которых возможны лишь некоторые улучшения последствий повреждений, не изменяющие существенно общей трудоспособности потерпевшего и объема ее утраты. При этом имеется в виду приспособляемость потерпевшего. Стойкая утрата трудоспособности устанавливается лишь после определившегося исхода повреждений, т. е. к моменту их заживления. Утрата трудоспособности может быть только стойкой. Неправильно говорить о временной утрате трудоспособности или об утрате трудоспособности на длительный срок. И то и другое является лишь временной нетрудоспособностью. Человек при этом трудоспособность не утрачивает, он ее сохраняет и лишь временно оказывается нетрудоспособным.

Необходимо подчеркнуть, что в уголовных делах для определения степени тяжести телесного повреждения устанавливается размер утраты общей трудоспособности, т. е. способности к неквалифицированному труду. Определение утраты профессиональной трудоспособности может иметь место по постановлению следователя или определению суда лишь в тех случаях, когда устанавливается умысел на лишение потерпевшего именно профессиональной трудоспособности.

Для определения процента утраты общей трудоспособности пользуются официальной таблицей, имеющейся в Приложении к Инструкции о порядке врачебного освидетельствования страхователей (от 18/V 1960 г. № 153, утвержденной Министерством финансов СССР).

Так как определение утраты трудоспособности производится в округленных цифрах — 5 и 10%, а не в единицах процентов, то фактически за утрату трудоспособности не менее чем на одну треть принимается утрата общей трудоспособности от 35% и выше.

Повреждения, сопровождающиеся стойкой утратой трудоспособности у трудоспособного человека, могут быть причинены малолетнему, несовершеннолетнему, старику, инвалиду I группы, т. е. лицам нетрудоспособным. Как определять утрату трудоспособности у таких нетрудоспособных лиц для оценки степени тяжести телесного повреждения?

У детей указывается, какова утрата трудоспособности будет у потерпевшего в дальнейшем, когда он достигнет возраста 18 лет.

Пример. У ребенка 9 лет, попавшего рукой в молотилку, была ампутирована кисть правой руки. Эксперт должен указать в своем заключении, что в дальнейшем это повреждение будет связано со стойкой утратой общей трудоспособности в размере 75%.

У инвалидов стойкая утрата трудоспособности в связи с полученным повреждением определяется, как у практически здорового человека, т. е. инвалидность и ее группа не принимаются во внимание.

Пример. У инвалида I группы в связи с хроническим заболеванием легких полученное им повреждение повлекло за собой потерю всех пальцев левой кисти, что должно быть определено как утрата 60% общей трудоспособности.

7. Прерывание беременности — аборт или преждевременные роды как следствие травмы — является признаком тяжелого телесного повреждения.

Срок прерванной беременности не имеет значения потому, что этот признак тяжелого телесного повреждения имеет в виду не опасность для

жизни и не последствия для здоровья, а прежде всего потерю материнства. Необходимо установить, является ли прерывание беременности следствием причиненных повреждений, имеется ли прямая причинная связь между повреждениями и прерыванием беременности. Прерывание беременности может быть связано не с повреждением, а с индивидуальными особенностями организма потерпевшей, поэтому необходимо специальное акушерско-гинекологическое ее исследование.

Прерывание беременности может лишь по времени совпадать с причинением повреждений. Иногда же по медицинским документам лечебного учреждения, женской консультации можно установить, что явления угрожающего аборта отмечены были до причинения повреждений.

Аборт может быть связан иногда с психической травмой: сильным испугом, волнением. В этих случаях не может быть установлен умысел на причинение прерывания беременности. Нельзя умышленно вызвать прерывание беременности, испугав беременную.

Судебно-медицинская экспертиза по поводу прерывания беременности при причинении повреждений производится совместно с акушером-гинекологом. Иногда может потребоваться стационарное обследование потерпевшей.

8. **Неизгладимое обезображивание лица** является признаком тяжкого телесного повреждения.

Обезображивание лица — понятие не медицинское, а эстетическое, общечеловеческое. Следовательно, для определения наличия обезображивания лица не требуется специальных медицинских знаний. Поэтому судебно-медицинский эксперт не может и не должен определять обезображивание лица, когда он выступает в качестве медицинского эксперта по конкретному уголовному делу. Подразумевается, что понятие обезображивания лица должно быть ясно и понятно работникам органов расследования и суда, как и любому человеку. Поэтому факт обезображивания лица устанавливается следователем, судом, а не экспертом. Последний определяет лишь изгладимость или неизгладимость последствий повреждения, т. е. рубцов.

После заживления повреждения рубец кожи вначале имеет сине-багровую окраску и выступает над ее поверхностью. Со временем рубец бледнеет, уменьшается в объеме, но не исчезает. В некоторых случаях, например при резаных ранах, рубец может уменьшиться, побледнеть и настолько измениться, что станет малозаметным.

Под *изгладимостью* понимается не исчезновение рубцов, чего никогда не может быть, а такое их обратное развитие, когда они уменьшатся в размерах, побледнеют, станут малозаметными. Это может произойти само по себе или от применения терапевтических и физиотерапевтических лечебных мероприятий: массажа, парафиновых аппликаций и др. Если же для устранения рубцов, обезображивающих лицо, и исправления возникших после повреждения дефектов лица требуются хирургическое вмешательство, пластическая операция, то последствия обезображивания оцениваются как неизгладимые, ибо хирургическое вмешательство связано с дополнительными физическими страданиями.

В практике у работников органов расследования и суда встречаются затруднения при оценке последствий повреждения как обезображивания. Закон предусматривает обезображивание лица. Понятие обезображивания относится только к лицу — «образу» («обезображивание»). Если же последствия повреждения — рубцы — располагаются на шее, груди, других местах, прикрываемых платьем, то это не относится и не оценивается как обезображивание, хотя изменять, «уродовать» внеш-

ность человека
ностей, неподз
тазобедренных
ображивании
ческих повре
Примерам
ности, такие по
Глаза (даже
галика (катара

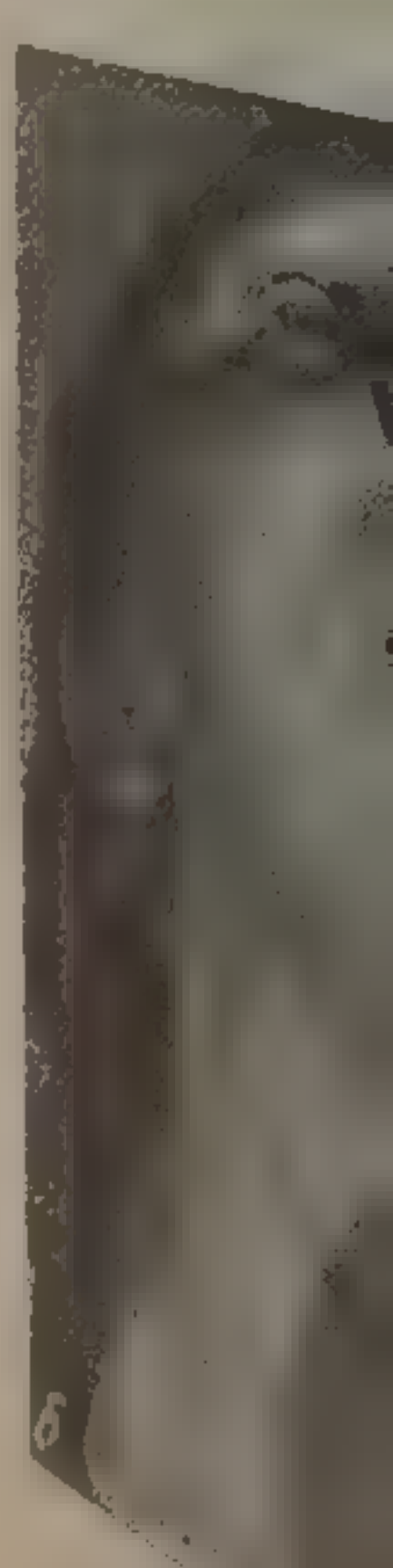


Рис. 6. Дефор

ность человека могут и искривление позвоночника, деформация конечностей, неподвижность вследствие анкилозов в суставах, например в тазобедренных, и другие дефекты. Однако Закон предусматривает обезображивание лица. Последнее может возникнуть в результате механических повреждений лица, ожогов пламенем, кислотой и др.

Примерами очевидного обезображивания лица могут явиться, в частности, такие последствия повреждений.

Глаза (даже слепого): отсутствие глазного яблока, помутнение хрусталика (катаракта), помутнение роговицы, вывороты век, рубцы век, сращение век и др.

Носа: отсутствие носа, значительные дефекты спинки носа, изменяющие его форму, отсутствие или дефект одного или обоих крыльев носа.

Уха: полное отсутствие одной или обеих раковин или значительной части их, рубцовые искривления раковины, хотя эти дефекты и могут быть прикрыты волосами.

Губ: рубцовые искривления губ с зиянием щели рта, выворотом губ, обнажением зубов.

Челюстей: переломы челюстей, сопровождающиеся их деформацией.

Зубов: отсутствие зубов редко может рассматриваться как обезображивание, потому что дефекты и отсутствие зубов вследствие заболеваний встречаются не так редко.

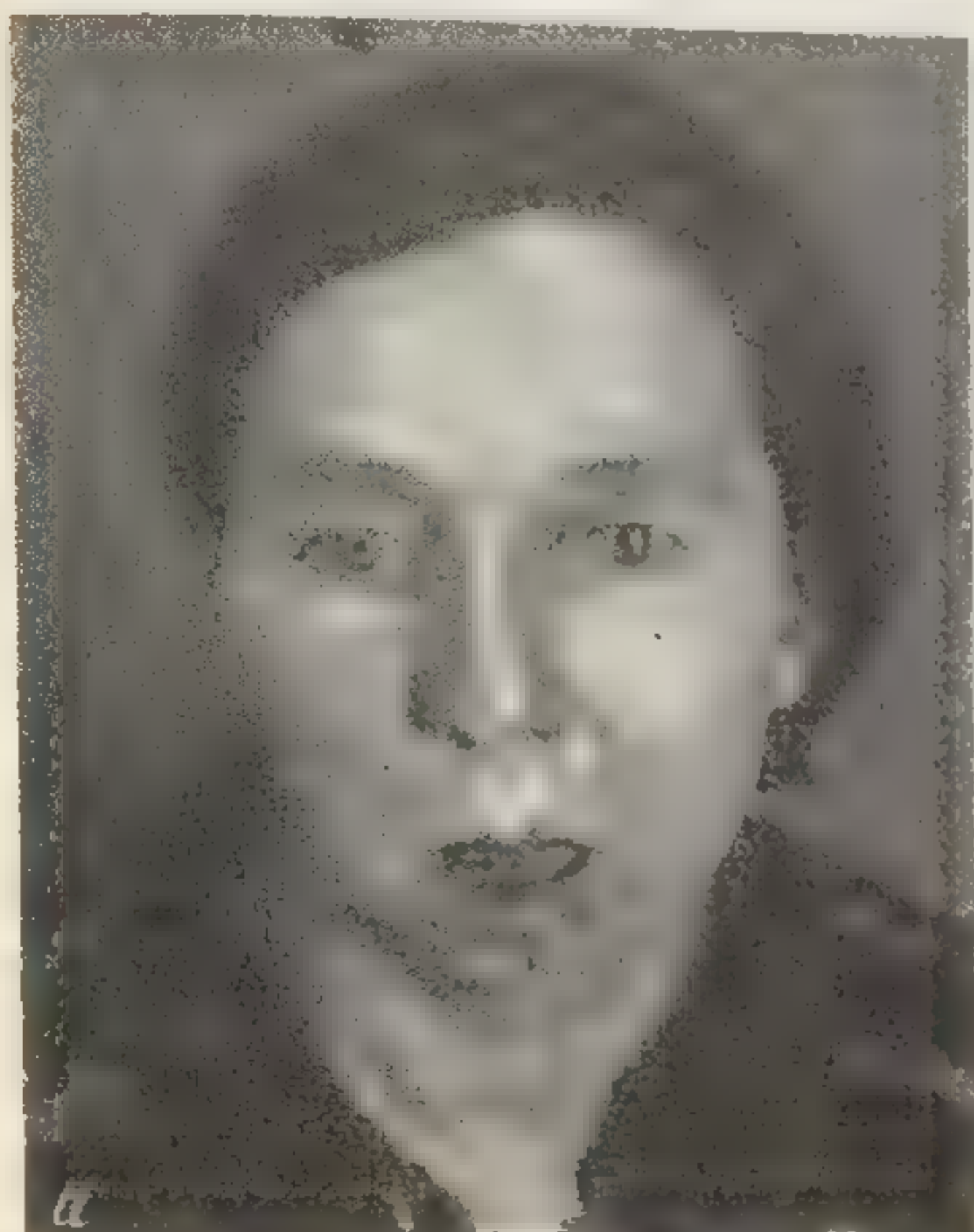


Рис. 6. Деформация лица с анкилозом челюсти после огнестрельного ранения из охотничьего ружья.

а — вид спереди; б — вид снизу; в — вид сбоку.

Отсутствие зубов, кроме того, может быть легко и незаметно во многих случаях возмещено протезом.

Рубцы на лице по существу всегда являются неизгладимыми, но не всегда рубцы могут рассматриваться как обезображивание.

Повреждение лицевого нерва, сопровождающееся его парезом или параличом, что приводит к резкой асимметрии лица, также должно рассматриваться как его обезображивание (рис. 6—10).



Рис. 7. Рубцы подбородка после перелома челюсти тупым предметом.



Рис. 8. Дефект ушной раковины от укуса.

Приведенные выше примеры очевидного обезображивания являются сугубо ориентирующими и приведены только для работников органов расследования и суда (но не для судебно-медицинских экспертов) в связи с неоднократно высказывавшимися юристами пожеланиями. Но это не медицинские и не судебно-медицинские критерии.

Нужно иметь также в виду, что обезображивание лица — понятие к тому же и условное. Одно и то же повреждение лица у мужчины и женщины может производить не одинаковое внешнее впечатление. Рубцы на лице у молодых женщин будут выглядеть иначе, чем на лице у пожилой, старой женщины, иначе, чем у пожилого мужчины или у человека, имевшего ранее обезображивание лица. Поэтому при оценке такого последствия повреждения, как обезображивание лица, следовательно, судье приходится принимать во внимание то общее впечатление, которое производят последствия повреждения на окружающих. Суду приходится также учитывать и умысел, который может быть направлен именно на обезображивание лица, например обливание лица кислотой.

В некоторых случаях наличие обезображивания не вызывает никаких сомнений при расследовании и судебном разбирательстве: например, при обширных рубцах лица после ожогов, при вывороченных веках, отсутствии носа и др. Затруднения встречаются в тех случаях, когда повреждение не такое обширное, когда после повреждения остается рубец и приходится по внешнему виду устанавливать, в какой степени образовавшийся после повреждения рубец обезображивает лицо именно данного человека.

Недоразумение
повреждений
принимается в
повреждения
но не являются



Рис. 9. Незгладимый

трудоспособности
стрельной ра
нижней челю
потребовало е
завшее обезо
причинившее
тяжкое или тя
В отдельн
стройства здо
ображивание
не повлекшие
расследовани
переквалифик
заклучения э
телем или су
действий при
тике является
расследования
Иногда у
дической квал
ца. Так, ин
лишь тогда, к
ния тяжкого
ным толкован

Недоразумения возникают при определении степени тяжести таких повреждений лица. При установлении степени тяжести повреждения принимается во внимание его исход.

Повреждения, оставляющие рубцы, обезображивающие лицо, обычно не являются опасными для жизни и не вызывают стойкой утраты



Рис. 9. Незгладимый рубец лица после резаной раны. Неполное смыкание век в связи с травматическим невритом (а, б).

трудоспособности. Исключения очень редки. Например, после огнестрельной раны челюсти возникло резкое ограничение подвижности нижней челюсти, затрудняющее прием пищи, или повреждение глаза потребовало его удаления и др. Поэтому чаще всего повреждение, вызвавшее обезображивание лица, экспертом квалифицируется как легкое, причинившее кратковременное расстройство здоровья, реже — как менее тяжкое или тяжкое.

В отдельных случаях, когда продолжительность временного расстройства здоровья была менее 7 дней, повреждения, вызвавшие обезображивание лица, могут быть квалифицированы экспертом как легкие, не повлекшие за собой расстройства здоровья. В таких случаях при расследовании или судебном разбирательстве возникает необходимость переквалификации действия со ст. 112, ч. 2 или 1, как это следует из заключения эксперта, на ч. 1 ст. 108 в связи с установлением следователем или судом обезображивания лица. Такая переквалификация действий при повреждениях, вызвавших обезображивание лица, в практике является правилом и не должна вызывать сомнений у органов расследования и суда.

Иногда у юристов встречается неправильное представление о юридической квалификации повреждений, вызвавших обезображивание лица. Так, иногда полагают, что ч. 1 ст. 108 может быть предъявлена лишь тогда, когда обезображивание лица явилось следствием причинения тяжкого телесного повреждения, а не легкого. С таким неправильным толкованием нельзя согласиться.

Повреждение потому и признается тяжким, что оно вызвало обезображивание лица. Обезображивание лица само по себе есть признак тяжкого телесного повреждения независимо от медицинского определения степени тяжести самого повреждения. Поэтому ч. 1 ст. 108 УК следует по существу читать таким образом: «...умышленное тяжкое телесное повреждение, то есть повлекшее за собой... обезображивание лица».

В следственной и судебной практике основываются иногда совершенно неправильно только на заключении судебно-медицинского эксперта. Если эксперт, оценивая повреждение, квалифицирует его как легкое,



Рис. 10. Незгладимые рубцы лица после резаной раны (а, б).

повлекшее или не повлекшее за собой расстройство здоровья, то на основании такого заключения эксперта следователь или судья исключает обезображивание лица только потому, что эксперт квалифицировал его как легкое.

При этом не учитывается, что обезображивание лица и медицинская оценка степени тяжести того же повреждения — вещи разные и, как правило, не совпадают.

В некоторых случаях квалификация экспертом самого повреждения как легкого служит основанием для переквалификации действия в кассационной инстанции, хотя первая инстанция, видя перед собой потерпевшего, квалифицировала действие обвиняемого по ч. 1 ст. 108. Следует ли отвергать заочно обезображивание и переквалифицировать действия только на том основании, что эксперт определил повреждение как легкое? Вряд ли это будет правильно, точнее — это будет неправильно.

При судебно-медицинской экспертизе повреждений, располагающихся в области лица, необходимо к заключению прикладывать фотографию потерпевшего (без ретуши) в фас и профиль.

Таковы отдельные признаки тяжких телесных повреждений по исходу.

На исход повреждения могут влиять различные факторы: возраст, индивидуальные особенности, медицинская помощь и многие другие. Оценивается же реальный исход независимо от привходящих факторов, так как Закон предусматривает исход повреждения.

Одно и то же повреждение может иметь разный исход, поэтому и степень тяжести одинаковых повреждений, в зависимости от исхода, будет различной.

Закон (УК РС
ных поврежден
а) они не ог
б) они не
УК РСФСР;
в) они вызв
г) они вызв
нее чем на одн

Рассмотрим
тельной стойко

1. Длитель
нимают такие
ные функции к
Под этот приз
предплечья, ки
торые как бы
ниями. По смы
менее.

2. Значит
сти менее
вреждения, кот
сти от 15 до
определяются
под этот приз
Таковы два
быть отнесено

Легкие телесны
Первая гру
знаки:

а) они пов
б) они пов
способности.

Во вторую
влекшие за со
значительной с

Как было у
лесных повреж
относятся к де

рассмотрим
1. Кратко
этим признакам

Глава V

МЕНЕЕ ТЯЖКИЕ И ЛЕГКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Менее тяжкие телесные повреждения (ст. 109 УК РСФСР)

Закон (УК РСФСР) дает следующие признаки менее тяжких телесных повреждений:

- а) они не опасны для жизни;
- б) они не причинили последствий, предусмотренных ст. 108 УК РСФСР;
- в) они вызвали длительное расстройство здоровья;
- г) они вызвали значительную стойкую утрату трудоспособности менее чем на одну треть.

Рассмотрим признаки длительного расстройства здоровья и значительной стойкой утраты трудоспособности менее чем на одну треть.

1. Длительное расстройство здоровья. Под этим понимают такие последствия повреждений, как заболевание или нарушение функции какого-либо органа продолжительностью свыше 4 недель. Под этот признак подойдут такие повреждения, как переломы костей предплечья, кисти, стопы, нижней челюсти, т. е. такие повреждения, которые как бы стоят на границе между тяжкими и легкими повреждениями. По смыслу Закона (УК) это тоже повреждения тяжкие, только менее.

2. Значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть. Сюда следует относить повреждения, которые повлекли за собой стойкую утрату трудоспособности от 15 до 33% включительно. Размеры утраты трудоспособности определяются по таблице Госстраха. Повреждения, которые подходят под этот признак, следует оценивать как менее тяжкие.

Таковы два основных признака, по которым повреждение должно быть отнесено к менее тяжким.

Легкие телесные повреждения или побои (ст. 112 УК РСФСР)

Легкие телесные повреждения Законом подразделяются на две группы.

Первая группа легких телесных повреждений имеет следующие признаки:

- а) они повлекли за собой кратковременное расстройство здоровья;
- б) они повлекли за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности.

Во вторую группу отнесены легкие телесные повреждения, не повлекшие за собой ни кратковременного расстройства здоровья, ни незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Как было указано выше, дела, связанные с причинением легких телесных повреждений, возбуждаются лишь по жалобе потерпевшего, т. е. относятся к делам частного обвинения.

Рассмотрим признаки **первой группы** легких телесных повреждений.

1. Кратковременное расстройство здоровья. Под этим признаком понимают последствия повреждений в виде заболевания

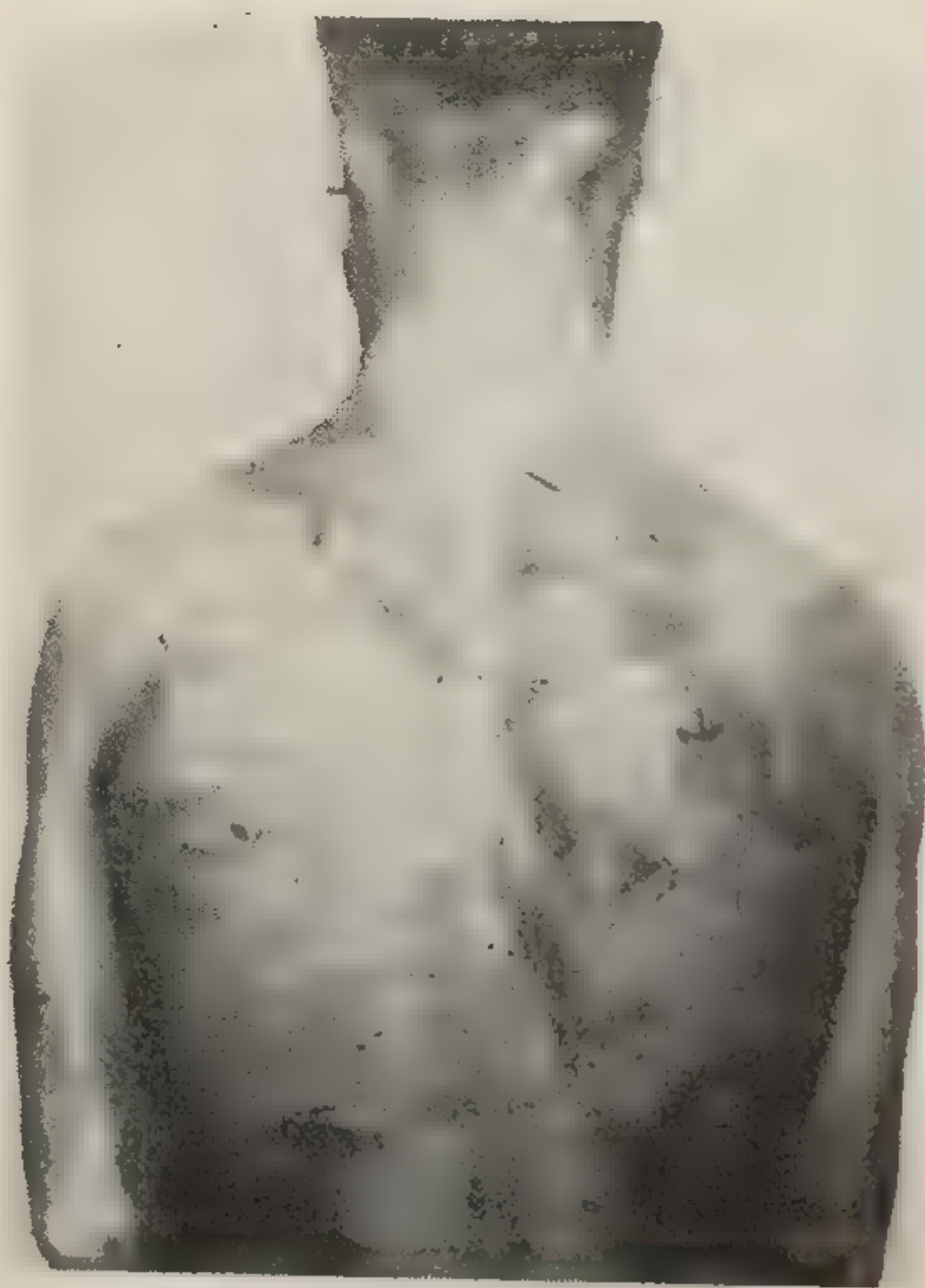


Рис. 11. Множественные удары пряжкой ремня.



Рис. 12. Множественные удары палкой.

или нарушения функции какого-либо органа продолжительностью не менее 7 дней и не свыше 4 недель.

Обычно потерпевший предъявляет судебно-медицинскому эксперту медицинские документы, свидетельствующие о длительности расстройства здоровья (листок нетрудоспособности, справку из амбулатории, копию истории болезни и другие документы). В этих документах следует тщательно разобраться для того, чтобы выяснить, была ли обоснована объективной необходимостью длительность пребывания пострадавшего в лечебном учреждении и обоснованно ли выдан листок нетрудоспособности. В некоторых случаях длительность заболевания может быть обусловлена профессией пострадавшего, например повреждение пальцев у машинистки или нагноившаяся царапина у кондитера и др. У лица с другой профессией длительность такого повреждения не была бы обоснованной.

Следовательно, профессиональные особенности нельзя принимать во внимание при оценке степени тяжести телесного повреждения, основываясь на продолжительности расстройства здоровья у лица с такой профессией.

Однако в практике встречаются отказы пострадавшего от листка нетрудоспособности и его предъявления, выход на работу по собственному желанию, обусловленному его личными соображениями. Это тоже не должно приниматься во внимание при оценке степени тяжести телесного повреждения.

Эксперт должен исходить из объективных данных в оценке длительности расстройства здоровья и нарушения функций, вызванных конкретным повреждением у данного человека. Необходимо критически оценивать медицинские документы, листок нетрудоспособности, учитывая, что

со стороны
ка пребы
ние его о
вения в
ображен
тически
ментах.

2. Не
ности
за собой
5—10%.

Втора
кратковре
утраты тр
К этим
дины, кро
расстройс

Закон (У
ждений, к
Они не пр
причинени

Истязан

являются м
но-медицин
этих поняти
ние должн
вать, нане
способом
или нет. П
водствовать
«Правилах
пени тяжес
дений».

Рис. 13. Мно

со стороны лечащих врачей может быть иногда необоснованная задержка пребывания пострадавшего в лечебном учреждении или освобождение его от работы. Врачи обычно не учитывают возможности возникновения в дальнейшем судебного преследования, а исходят из других соображений — заботы о пострадавшем. Поэтому чрезвычайно важно критически разобраться в данных, которые изложены в медицинских документах.

2. Незначительная стойкая утрата трудоспособности предусматривает последствия повреждений, которые повлекли за собой стойкую утрату ее менее 15%, т. е. фактически в размерах 5—10%.

Вторая группа легких телесных повреждений не имеет признаков кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

К этим повреждениям обычно относятся поверхностные ранки, ссадины, кровоподтеки и др. и в том случае, если они сопровождались расстройством здоровья не свыше 7 дней.

Способы причинения повреждения: истязание, мучение, побои, систематические побои

Закон (УК) предусматривает также способы причинения повреждений, к которым относятся истязание, мучение и побои. Они не представляют собой особых повреждений, а только способы их причинения.

Истязание и мучение не имеют медицинских признаков, поэтому не являются медицинскими понятиями, не должны бы определяться судебно-медицинским экспертом, хотя в «Правилах» приводятся признаки этих понятий. Их следовало бы определять следователю и суду. Последние должны бы сами устанавливать, нанесено ли повреждение способом истязания и мучения или нет. Пока же следует руководствоваться указаниями в «Правилах по определению степени тяжести телесных повреждений».

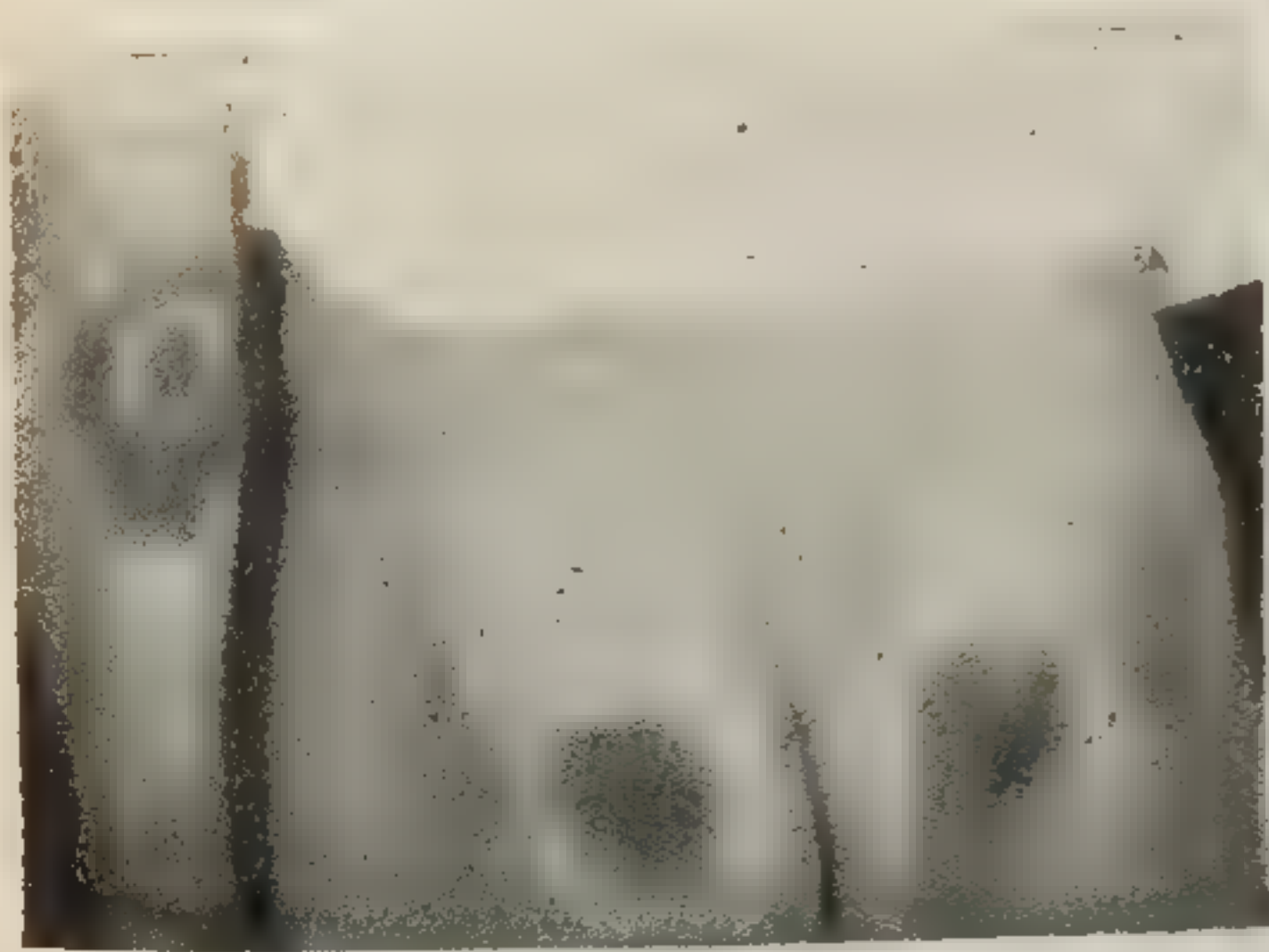


Рис. 13. Множественные удары тупым предметом.



Рис. 14. Множественные удары тупым предметом.

Побои также не являются повреждением, а представляют собой многочисленные удары (от двух и больше). Побои могут, так же как и ушиб, оставить после себя повреждения ■ виде ссадин, кровоподтеков и других. И в этих случаях эксперт определяет имеющиеся повреждения, но не устанавливает побоев. В других случаях побои могут и не оставлять после себя каких-либо видимых признаков повреждений. В таких случаях судебно-медицинский эксперт после детального осмотра потерпевшего указывает в своем заключении, что объективных признаков повреждений не обнаружено, и этим ограничивается. Были ли причинены побои или нет, устанавливается ■ таких случаях следователем и судом на основании других доказательств по делу, если они имеются.

Ст. 113 УК РСФСР предусматривает **систематическое нанесение побоев**. Судебно-медицинский эксперт устанавливает имеющиеся повреждения, давность их причинения, одновременность или неодновременность их причинения, если это определяется объективными данными (различный цвет кровоподтеков, различное состояние ссадин, ран и др.). Однако эксперт не устанавливает систематичности причинения повреждений. Это также определяется следователем и судом на основании других доказательств по делу (рис. 11—14).

Глава VI

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА

В предыдущих главах изложены основные принципы определения степени тяжести телесных повреждений. В практике, естественно, приходится встречаться с отдельными конкретными повреждениями.

Учитывая затруднения, встречающиеся в судебно-медицинской практике при оценке отдельных повреждений, в данной главе будут рассмотрены повреждения отдельных частей, областей и органов тела и применение в частных случаях основных принципов определения степени тяжести отдельных телесных повреждений.

Повреждения будут рассматриваться в соответствии с их топографическим расположением, т. е. повреждения отдельных частей тела и отдельных органов, а не физиологических систем. Такой порядок продиктован практической целесообразностью. Повреждения будут рассматриваться здесь только в отношении оценки степени тяжести.

Повреждения в области головы

Повреждения в области головы встречаются очень часто. Повреждаются мягкие покровы черепа, кости черепа, мозг, черепномозговые нервы, сосуды, органы.

При тяжелых повреждениях головы иногда наблюдается скрытый период продолжительностью до многих часов. Поэтому не рекомендуется давать заключения о степени тяжести телесных повреждений головы вскоре после их получения. Необходимо тщательное и подробное обследование таких пострадавших и при малейшем подозрении на повреждение костей черепа, внутричерепное кровоизлияние, повреждение

мозга пострадавшие должны быть госпитализированы, а при их обследовании для судебно-медицинских целей требуется обязательное рентгенологическое исследование костей черепа.

Если освидетельствование пострадавшего производится вскоре после получения повреждения, то рекомендуется воздержаться от дачи заключения на некоторое время, а произвести повторный осмотр потерпевшего через несколько дней, когда клиническая картина будет более ясной и возможность серьезных осложнений миновала.

Нарушение волосяного покрова головы. Пострадавшие иногда обращаются с жалобами на нарушение волосяного покрова головы, указывают, что волосы были вырваны. При этом нередко пострадавшие предъявляют в качестве вещественного доказательства пучки волос.

В необходимых случаях можно провести лабораторное исследование волос для того, чтобы установить, действительно ли волосы вырваны или пострадавший предъявляет собранные им выпавшие волосы, что также бывает.

При осмотре головы в тех случаях, когда волосы действительно были вырваны, иногда можно обнаружить очаговые плешивости. Кожа в этих местах может быть покрасневшей, иногда припухшей, встречаются мелкие очаговые кровоизлияния. Можно обнаружить также выступающие из кожи отдельные оборванные волосы.

Такие явления раздражения кожи довольно быстро исчезают, и у пострадавшего никаких реактивных изменений в области очаговой плешивости не обнаруживается. Нужно также иметь в виду, что волосы не могут быть вырваны большим пучком вследствие сильной сопротивляемости таких пучков волос. Небольшие пучки волос могут быть вырваны.

Вырывание волос сопровождается резкой болезненностью. И если устанавливаются множественные очаги плешивости вследствие выдергивания отдельных пучков волос, то судом это может быть квалифицировано как истязание (рис. 15).

Нарушение волосяного покрова головы не расценивается как повреждение, так как нет ни нарушения анатомической целостности кожных покровов, ни нарушения функции кожи, а причиняется только боль. Если выдергивание волос оценивается судом как истязание, то суд применяет в таких случаях ст. 113 УК.

Повреждения мягких покровов черепа. Такие повреждения могут быть закрытые, т. е. без нарушения целостности кожных покровов, и открытые, т. е. раны.

Закрытые повреждения мягких покровов черепа возникают от действия тупых предметов и представляют собой ограниченные припухлости, кровоподтеки, гематомы различной величины. Если такие повреждения осматривают вскоре после их возникновения, то центральная часть припухлости при ощупывании флюктуирует; периферические отделы кажутся более плотными. Припухлости в области мягких покровов черепа представляют собой ограниченные гематомы — их характер обусловлен анатомическим строением мягких покровов черепа. Гематомы располагаются над и под сухожильным растяжением черепа. При более значительных насилиях может произойти отслоение сухожильного растяжения черепа. В таких случаях течение гематомы более длительное, чем надсухожильных гематом. Кожа в области гематомы может быть осаднена. Форма осаднения может указывать на орудие, причинившее повреждение.

Закрытые повреждения мягких покровов черепа сами по себе, если они не сопровождаются повреждением костей черепа и мозга, симпто-

мами сотрясения мозга, относятся к повреждениям легким, не влекущим за собой кратковременного расстройства здоровья.

Открытые повреждения мягких покровов черепа, т. е. нарушения целостности кожи и глубже лежащих тканей, представляют собой раны различного происхождения: от тупых, острых орудий и огнестрельного оружия.



Рис. 15. Травматическая плешивость (а, б, в, г).

Степень тяжести раны от тупых предметов различна в зависимости от величины раны, степени повреждения мягких тканей, длительности и характера заживления.

Раны от острых орудий, дающие обильные кровотечения, могут сопровождаться опасным для жизни состоянием острого малокровия. В таких случаях повреждения острыми орудиями оцениваются как тяжелые телесные повреждения по признаку опасности для жизни.

Пример. Гр-ка В., 17 лет, 11/VII получила удар в голову чайником и в 22 часа 55 минут была доставлена в больницу с ушибленной раной теменной области слева. с жалобами на головные боли, тяжесть в голове. Тошноты и рвоты не было. Сознание не теряла.

Осмотр в стационаре: общее состояние удовлетворительное, правильно ориентирована в месте и времени; сознание ясное; ретроградной амнезии нет. Пульс 68 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Патологических рефлексов со стороны нервной системы не выявляется. В теменной области слева ушибленная рана размером $2,5 \times 0,5$ см, с ушибленными, осадненными краями, слегка кровоточащая.

Повреждения ко
тими. Открытые повре
наружной или внутр
и в виде переломов
лости кожи.
Степень тяжести
черепа расценивает
ства здоровья, если
ного мозга. При на
пень тяжести их оц
Повреждения вн
внедрением осколко
различную степень
внутренней пластинк
ностью расстройства
сопровождаются повре
внутреннего органа
как повреждение тяж
Закрытые и откры
определяются как по
жизни.
Диагноз трещин на
свода черепа может о
рентгенологического
только предположител
пластинки, то такие
оценке степени тяжест
на ошибочная диагнос
За трещины иногда пр
верхности костей чере
перт должен предложе
следование и убедить
было.
Примеры. 1. Гр-н А., 2
ыл удар по голове. А. по
и сам шел до дома. Дома
где находился на излечени
латорию, имеет болевой
ой кости.
Из истории болезни: А.
бале не головную боль. Р
дрожит. Сознание ясное. О
21 часа ночи 14/II. Что
иногда не может. Дежа
ние сидит не симметрич
ра в минуту, ритмичная
3 д. И. А. А. А. А.

Под местной анестезией произведена хирургическая обработка раны. Дном раны является неповрежденная апоневротическая пластинка. Швы на рану, асептическая повязка. Костных повреждений черепа нет.

18/VII — самочувствие удовлетворительное. Рана на голове зажила первичным натяжением. Выписана под наблюдение поликлиники.

Осмотр В. судебно-медицинским экспертом 18/VII: жалобы на головные боли; на границе затылочной и теменной областей, слева, имеется рубец розового цвета, плотный, окрепший, малоподвижный.

Выводы. Полученное гр-кой В. 11/VII повреждение — ушибленная рана мягких покровов головы — могло быть причинено твердым, тупым предметом. Это повреждение вызвало расстройство здоровья в течение 8 дней и по этому признаку относится к легким телесным повреждениям, повлекшим за собой кратковременное расстройство здоровья.

Повреждения костей черепа могут быть также открытыми и закрытыми.

Закрытые повреждения костей черепа могут быть в виде трещин наружной или внутренней пластинки, всей толщи кости, т. е. перелома, и в виде переломов костей свода и основания черепа без нарушения целостности кожи.

Степень тяжести трещин только наружной пластинки костей свода черепа расценивается в зависимости от продолжительности расстройства здоровья, если не было симптомов сотрясения или ушиба головного мозга. При наличии симптомов сотрясения или ушиба мозга степень тяжести их оценивается в зависимости от этих повреждений.

Повреждения внутренней пластинки черепа могут сопровождаться внедрением осколков кости в вещество мозга и поэтому будут иметь различную степень тяжести. Если устанавливается только трещина внутренней пластинки, то степень тяжести определяется продолжительностью расстройства здоровья. Если же трещины внутренней пластинки сопровождаются повреждениями головного мозга, то это повреждение внутреннего органа и по признаку опасности для жизни оценивается как повреждение тяжкое.

Закрытые и открытые переломы костей свода и основания черепа определяются как повреждения тяжкие, по признаку опасности для жизни.

Диагноз трещин наружной, внутренней или обеих пластинок костей свода черепа может основываться только на результатах убедительного рентгенологического исследования. Если же результаты исследования только предположительны и нет безусловного доказательства трещины пластинки, то такие данные не должны приниматься во внимание при оценке степени тяжести. При рентгенологическом исследовании возможна ошибочная диагностика трещин пластинок и трещин костей черепа. За трещины иногда принимаются сосудистые ложа на внутренней поверхности костей черепа. В случае сомнения судебно-медицинский эксперт должен предложить произвести повторное рентгенологическое исследование и убедиться в том, что такое повреждение действительно было.

Примеры. 1. Гр-н А., 27 лет, 14/II ночью подвергся нападению на улице и получил удары по голове. А. потерял сознание и очнулся рано утром на улице, поднялся и сам дошел до дома. Дома началось головокружение, и А. был доставлен в больницу, где находился на излечении до 5/III. В настоящее время продолжает лечиться амбулаторно, имеет больничный лист, где указан диагноз: сотрясение мозга, трещина лобной кости.

Из истории болезни: А. поступил в больницу 14/II в 7 часов 10 минут утра с жалобами на головную боль. Рвоты, тошноты не было. Общее состояние средней тяжести, дремлет. Сознание ясное, ориентирован в месте и во времени. О случившемся помнит до 1 часа ночи 14/II. Что с ним было от 1 часа ночи до 5 часов утра, не помнит и объяснить не может. Левый зрачок чуть шире правого, реакция зрачков живая. Носовые складки симметричны. В позе Ромберга легкое покачивание влево. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Изо рта запах алкоголя.

Местные изменения: на лбу, по средней линии, ссадина размером 3×4 см, отечность тканей вокруг; отечны и кровоподтечны также веки, особенно правого глаза. Верхняя губа отечна, на внутренней поверхности ее слева осаднение слизистой.

16/II консультация невропатолога: жалуется на сильные головные боли, потерю памяти; тошноты, рвоты нет. Правая глазная щель сужена за счет кровоподтека. Черепномозговые нервы в норме. Рефлексы живые, равномерные. Заключение: снижение памяти зависит от корковой заторможенности при сотрясении мозга средней степени. Других изменений не отмечено.

2/II при рентгенографии костей черепа (фас и профиль) на лобной кости обнаружена звездчатая трещина; ■ остальном без изменений.

С 23/II общее состояние заметно улучшилось, больной стал более бодрым, головная боль не беспокоит; имеется шум в голове. Гематома рассасывается.

1/III осмотр невропатолога: головные боли уменьшились, головокружения нет. Черепномозговые нервы в норме. Рефлексы равномерные, живые. Пирамидных знаков нет. В позе Ромберга стоит хорошо. Диагноз: сотрясение мозга средней степени. Может быть выписан на амбулаторное лечение.

5/III выписан с освобождением от работы на 5 дней.

29/III осмотр судебно-медицинским экспертом: кроме истории болезни предъявлены рентгеновские снимки лобной кости в фас и профиль. В области лба — звездчатая трещина всей толщи кости (перелом).

Объективно: на лбу слева два участка неправильной формы, буроватого цвета, размером 2×3 см и 2×1,5 см. Больной жалуется на головные боли. На работу еще не выписан. На 30/III назначен на ВКК.

Выводы. На основании данных истории болезни, рентгеновских снимков и осмотра гр-на А. установлено, что у него имелся перелом лобной кости слева, сопровождавшийся сотрясением мозга средней степени, и гематома в области лица.

Полученные А. повреждения могли быть причинены ударами какого-либо твердого тупого предмета. Это повреждение (перелом костей черепа) является опасным для жизни и поэтому относится к разряду тяжких.

2. Ошибочный диагноз повреждения черепа. Гр-н К., 33 лет, на работе был сброшен с эстакады высотой 1 м и доставлен в больницу.

Данные истории болезни: при поступлении состояние удовлетворительное, жалобы на головные боли и головокружение. Сознание ясное; зрачки равномерные, реакция на свет живая. При рентгенографии костей черепа обнаружена трещина затылочной кости. На снимках шейных позвонков костных изменений не найдено.

Осмотр невропатолога: состояние удовлетворительное, больной ■ сознании, вял. Жалуется на головные боли и головокружение. О случившемся помнит. После травмы была потеря сознания. Симптомов очагового поражения центральной нервной системы, менингеальных явлений не отмечается. Диагноз: сотрясение мозга.

Осмотр окулиста: среды глаз прозрачны, сосок зрительного нерва бледно-розового цвета, с четкими границами. На 21-й день больной выписан с диагнозом: сотрясение мозга, трещина затылочной кости.

Заключение судебно-медицинского эксперта: на рентгенограмме черепа у гр-на К. обнаружена трещина затылочной кости. В связи с тем что течение болезни и общее самочувствие больного не соответствуют состоянию при повреждении костей черепа, для уточнения диагноза необходимо сделать контрольный рентгеновский снимок затылочной кости.

Через месяц после повреждения гр-ну К. сделан рентгеновский снимок черепа (обзорный снимок и затылочная кость). Заключение рентгенолога: на контрольной рентгенограмме костных травматических изменений не выявлено. Видимость трещины на предыдущих рентгенограммах создавал сосуд, ведущий ■ лакуну (первоначально определенное трещины было дано по влажным снимкам).

Выводы. 1. На контрольных обзорных рентгеновских снимках костей черепа трещины затылочной кости не обнаружено. 2. Состояние больного К. с момента поступления в больницу и за время пребывания на излечении оставалось вполне удовлетворительным. Объективных признаков каких-либо повреждений как ■ области головы, так и на теле гр-на К. при поступлении ■ больницу не отмечено. Объективных симптомов сотрясения мозга у К., судя по данным истории болезни, не было.

Отсутствие объективных признаков повреждений головы не дает оснований для их квалификации.

Последний пример убедительно показывает, как внимательно и строго должен относиться судебно-медицинский эксперт к анализу и сопоставлению состояния больного и объективных данных, как критически следует относиться к заключениям специалистов и данным специальных исследований, в частности к рентгеновским снимкам, лабораторным анализам и др. В каждом сомнительном случае должны быть проведены повторные исследования.

Необходимо помнить и учитывать цели и задачи судебно-медицинского исследования. Если бы в приведенном выше примере было случайное падение К. у себя дома, т. е. обстоятельства его падения и получение повреждений не имели в перспективе возбуждения против кого-либо уголовного дела, то ошибочный диагноз «трещины затылочной кости» не мог иметь никаких последствий. Но так как за причинение повреждений К. привлекался человек, столкнувшийся К. с эстакады, то неправильный диагноз мог повлечь за собой ошибочное привлечение обвиняемого за причинение тяжких телесных повреждений. Закон предусматривает за это преступление наказание до 8 лет лишения свободы. На самом же деле трещины затылочной кости, т. е. тяжкого телесного повреждения, не было.

Повреждения головного мозга. Различают закрытые и открытые повреждения головного мозга.

Освидетельствование пострадавших с закрытыми повреждениями головного мозга приходится проводить обычно после выписки их из лечебного учреждения. А об имевших место повреждениях эксперт судит на основании медицинских документов, которые он обязан тщательно изучить, проанализировать, сопоставить данные, отмеченные в истории болезни, с поставленным диагнозом. При осмотре пострадавшего уже в судебно-медицинской амбулатории данные истории болезни проверяются и сопоставляются при беседе с подэкспертным.

Ушибы, сдавления мозга кровью, эпи- и субдуральные гематомы, травматические субарахноидальные кровоизлияния должны рассматриваться как повреждения, опасные для жизни, и по этому признаку оцениваться как тяжкие телесные повреждения. Наибольшие затруднения встречаются при оценке степени тяжести сотрясения мозга. На этом необходимо остановиться подробнее.

Сотрясение мозга. Судебно-медицинскому эксперту не приходится самому наблюдать сотрясения мозга у пострадавшего. Свое заключение он может основывать на данных истории болезни, составленных врачом, наблюдавшим пострадавшего. Иногда эксперт может иметь дополнительные данные последующих осмотров пострадавшего невропатологом.

Прежде всего эксперт обязан помнить, что, имея дело только с документом, т. е. с историей болезни, необходимо к диагнозу сотрясения мозга подходить весьма осторожно и критически.

Практика показывает, что иногда диагноз сотрясения мозга клиницист, наблюдающий пострадавшего, может поставить без достаточных объективных данных. При поступлении пострадавшего в приемное отделение больницы у него прежде всего собирают анамнестические данные на основании его жалоб, иногда помогая ему и наводящими вопросами (не терял ли сознания, не было ли рвоты, судорог и др.), на которые пострадавший обычно дает врачу утвердительные ответы. Иногда, как показывает практика судебно-медицинской экспертизы, только на основании последних и ставится диагноз «сотрясение мозга». Далее пострадавший с таким диагнозом поступает в отделение, где лечащий его врач в свою очередь принимает этот диагноз уже как установленный, тем более что при легких и средних степенях сотрясения мозга врач сам также не наблюдает потери сознания, рвоты, судорог. В дальнейшем такого пострадавшего считают уже больным с сотрясением мозга. Нередко этим диагнозом бывают индуцированы и другие специалисты, осматривающие больного, например невропатолог. Они также рассматривают его как больного с заведомым сотрясением мозга. Его жалобы при отсутствии объективных симптомов рассматриваются как жалобы

на проявление имевшего место сотрясения мозга и определяются как «остаточные явления».

Чем больше времени проходит между полученной травмой и осмотром, тем труднее исключить связь имевшихся функциональных расстройств, а чаще субъективных жалоб, с травмой. Поэтому иногда и специалист-невропатолог, осматривающий такого пострадавшего спустя продолжительный срок после получения травмы, ставит диагноз: «остаточные явления после сотрясения мозга».

Как нужно относиться к диагнозу сотрясения мозга, указанному в истории болезни? Если в истории болезни, кроме диагноза, дана развернутая картина симптомов сотрясения мозга, объективно наблюдавшихся врачом, то в данном случае судебно-медицинский эксперт может вполне доверять диагнозу сотрясения мозга и далее оценивать его в зависимости от степени тяжести. Если же в истории болезни имеется только диагноз «сотрясение мозга» и ссылка на жалобы больного, на основании которых и поставлен этот диагноз, то судебно-медицинский эксперт не может принять одни субъективные жалобы для диагноза «сотрясение мозга». В таких случаях эксперт обязан связаться с врачом, оказавшим помощь пострадавшему, и лично у него выяснить, каковы были основания для диагноза «сотрясения мозга». Если врач укажет, что имелись объективные данные, то необходимо, чтобы он оформил это медицинским документом (справкой).

Можно обратиться к следователю с указанием на необходимость допроса лечащего врача и, таким образом, объективные данные могут быть зафиксированы в протоколе допроса лечащего врача. На основании этого официального материала и ссылки на него судебно-медицинский эксперт может давать свое заключение. В случае, когда у клинициста не было объективных данных для постановки такого диагноза, сотрясение мозга должно быть поставлено под сомнение. Точно так же у эксперта не будет оснований принимать подобный диагноз во внимание, если он основывается только на жалобах подэкспертного. Однако это не значит, что сотрясения мозга в легкой степени не было. Оно могло и быть, но эксперт не может объективно доказать его и, следовательно, обосновать свое заключение. Клиницист же для лечебных целей может руководствоваться и предположительным диагнозом.

Необходимо правильно подходить и к квалификации «сотрясения мозга». Легкие и средние степени сотрясения мозга обычно заканчиваются полным выздоровлением. Если же выздоровление не было полным, то это проявляется в остаточных явлениях сотрясения мозга в виде функциональных, вегетативных, вестибулярных расстройств. Остаточные явления могут проявляться в том, что у пострадавших иногда развивается астения и вследствие этого понижение трудоспособности. Выраженные стойкие расстройства со стороны центральной нервной системы наблюдаются очень часто; они могут выявляться и в отдаленные после травмы периоды. Весьма ценные объективные данные можно получить при электроэнцефалографии. Этот метод исследования весьма желательно применять в практике судебно-медицинской экспертизы черепно-мозговой травмы для выявления отдаленных последствий травмы головного мозга.

Легкая степень сотрясения мозга характеризуется кратковременной потерей сознания. Нужно иметь в виду, что потеря сознания не обязательно наблюдается при сотрясении мозга. Так, А. Н. Новиков у 67 больных с выраженным коммоционным синдромом потери сознания не наблюдал. Эти больные поступили в клинику с ясным сознанием и категорически отрицали потерю сознания после травмы. Пострадавшие

могут поступать в лечебное учреждение в состоянии оглушения. Из других симптомов отмечаются головная боль, головокружение, тошнота и рвота.

Легкая степень сотрясения мозга требует обязательного постельного режима в течение 3—5 дней, и пострадавший через 5—7 дней может быть выписан на работу. Средняя продолжительность расстройства здоровья при легкой степени сотрясения мозга равна 10—12 дням. У отдельных пострадавших симптомы сотрясения мозга могут продолжаться и более длительное время; другие поправляются значительно раньше. Поэтому при отсутствии указаний на какие-либо изменения со стороны центральной нервной системы легкая степень сотрясения мозга может быть оценена как повреждение легкое, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья.

Средняя степень сотрясения мозга. Пострадавшие либо поступают в лечебное учреждение ■ бессознательном состоянии или ■ состоянии неполного сознания, сонливости, либо ■ анамнезе устанавливается потеря сознания в течение 1—2 часов. Наблюдаются ретроградная амнезия, общая заторможенность, брадикардия, утрата или снижение менингеальных рефлексов, тошнота, рвота, головные боли и головокружение. У таких пострадавших продолжительность расстройства здоровья составляет 3—4 недели, иногда больше. Средняя степень сотрясения мозга, в зависимости от клинической картины, может быть оценена как повреждение менее тяжелое, а при опасных для жизни явлениях как повреждение тяжелое.

Тяжелая степень сотрясения мозга характеризуется потерей сознания в течение многих часов, иногда даже нескольких суток. Больные поступают в клинику в бессознательном, сопорозном или коматозном состоянии, в лучшем случае — с явлениями выраженной сонливости и общей заторможенности; в угрожающем для жизни состоянии, с измененной деятельностью жизненно важных центров. Наблюдается падение кровяного давления, изменение глубины и ритма дыхания, понижение температуры тела, аритмия, цианоз; исчезают кожные, сухожильные рефлексы; нередко появляются расстройства функций тазовых органов — непроизвольное мочеиспускание или задержка мочи, непроизвольная дефекация; отмечается психомоторное возбуждение.

Продолжительность расстройства здоровья и временной нетрудоспособности у лиц, перенесших тяжелую степень сотрясения мозга, при благоприятном течении продолжается не менее 1½—2 месяцев. Нередко, однако, наблюдается и более медленное выздоровление, затягивающееся до 3 месяцев и более. В ряде случаев тяжелая степень сотрясения мозга приводит к инвалидности II и III группы. Группы инвалидности в дальнейшем, при улучшении общего состояния пострадавших, могут быть изменены.

Тяжелая степень сотрясения мозга рассматривается как состояние, опасное для жизни, и по этому признаку оценивается как тяжелое телесное повреждение.

Последствия закрытой травмы головного мозга, остаточные явления после сотрясения мозга, оцениваются ■ зависимости от объема стойкой утраты общей трудоспособности (ст. ст. 1—5 таблицы Госстраха):

Стойкие тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга): душевные расстройства, слабоумие, частые эпилептические припадки, параличи, атаксия, афазия, апраксия, агнозия, нарушение схемы тела, значительные вестибулярные расстройства — 100% (ст. 1).

Стойкие, но менее тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга): расстройство объема движений и силы в ко-

нечностях, нарушение координации, гиперкинезы, значительное расстройство тонуса, эпилептические припадки, значительное ослабление памяти, интеллекта, слабодушие — от 70 до 80% (ст. 2).

Остаточные явления после сотрясения (контузии) головного мозга: органическое поражение черепномозговых нервов, посткоммоционный невроз при наличии стойких резидуальных явлений после лечения, гормональная дисфункция, нарушение обмена, нечастые пароксизмальные синдромы, вестибулярные кризы, нечастые эпилептические припадки, расстройство специальных органов чувств: обоняния, вкуса — от 30 до 60% (ст. 3).

Остаточные явления после сотрясения мозга (без нарушения целостности костей черепа), сопровождающиеся незначительными объективными признаками: сглаженностью носогубной складки, неравенством глазных щелей и др. — от 15 до 25% (ст. 4).

Остаточные явления после ушиба головы, не подтвержденные объективными признаками при освидетельствовании, но установленные данными динамического наблюдения пострадавшего в лечебном учреждении после несчастного случая: упорные головные боли, головокружения, раздражительность, повышенная утомляемость, расстройство сна, потливость, вегетативные симптомы и др. — 10% (ст. 5). Все открытые повреждения головного мозга всегда опасны для жизни, т. е. тяжкие.

Повреждения мягких тканей лица. Чаще всего встречаются повреждения мягких тканей лица от тупых предметов или от ударов о тупые предметы при падении.

Повреждения могут быть в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран; реже встречаются повреждения от острых орудий, огнестрельного оружия. Степень тяжести таких повреждений различна — от легких, не причинивших расстройства здоровья, до опасных для жизни, сопровождающихся шоком, острым малокровием, т. е. тяжких.

Повреждения мягких тканей лица, вызвавшие обширные рубцовые изменения и в связи с этим стойкую утрату трудоспособности не менее одной трети, оцениваются как тяжкие телесные повреждения. Если стойкая утрата трудоспособности менее одной трети (как это может быть, например, при повреждении ветвей лицевого нерва), то повреждение оценивается, в зависимости от длительности расстройства здоровья, как менее тяжкое или как легкое, повлекшее за собой расстройство здоровья.

Стойкая утрата трудоспособности может быть обусловлена следующими последствиями повреждений и в следующих размерах (по таблице Госстраха):

— Последствия повреждений периферических нервов, сопровождающиеся нарушением двигательных функций, расстройством кожной чувствительности, атрофией мышц: в легкой степени — от 10 до 20%; в средней степени — 40%; в сильной степени — 60% (ст. 8).

— Потеря носа или части его — от 10 до 30% (ст. 23).

— Сужение рта, повреждение верхней или нижней челюсти, образование слюнной фистулы, сопровождающиеся функциональными расстройствами: в легкой степени — 15%; в средней степени — 30%; в сильной степени — 50% (ст. 35).

— Обезображивающие лицо рубцы — 10% (ст. 48).

При повреждении мягких тканей лица возможно обезображивание. Напомним, что эксперт не устанавливает обезображивания и не отвечает на вопрос о наличии или отсутствии обезображивания, а устанавливает лишь возможность изгладивости повреждения без оперативного вмешательства.

ПРИМЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

1. Гр-н П., 28 лет, 25/I, будучи пьяным, получил удар ножом в лицо и был доставлен в больницу, где пробыл до 31/I.

Данные истории болезни. Диагноз при поступлении: резаная рана правой височной области, правой ушной раковины; опьянение.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. В правой височной области большая резаная рана размером 20×4 см, сильно кровоточащая. Наложена повязка. При осмотре в отделении 25/I в 22 часа 35 минут состояние больного средней тяжести; кожа и видимые слизистые бледны; пульс 88 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм. Сердце: тоны глухие, шумов нет. Из рта запах алкоголя. Местные изменения: в правой височной области имеется длинная резаная рана размером 20×4 см, которая продолжается на лоб и на правую ушную раковину; рана значительно кровоточит. Больной взят на операцию.

Операция начата в 22 часа 40 минут, окончена в 23 часа 10 минут. Под местной анестезией произведена ревизия раны. Рана проникает до надкостницы; повреждена правая височная мышца и артерия, которая кровоточит. В ране перевязаны кровоточащие сосуды; иссечены загрязненные участки, после чего рана ушита. На кожу наложен косметический шов. Больному перелита кровь I группы (500 г). Артериальное давление 110/80 мм.

Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 6-й день, 31/I П. выписан в удовлетворительном состоянии.

Осмотр судебно-медицинского эксперта. В правой лобно-височной области и на передней поверхности правой ушной раковины имеется рубец длиной 18 см, розово-красного цвета, местами синеватого, мало подвижен, не втянут. Местами рубец покрыт кровянистой коркой. Передний конец рубца располагается на 2 см выше средней трети правой брови, задний конец рубца располагается на дне правой ушной раковины.

Выводы. На основании данных истории болезни № 3211 Городской больницы от 25/I и данных объективного осмотра установлено, что у П. имела резаная рана правой лобно-височной области и правой ушной раковины с повреждением височной артерии, вызвавшим значительное кровотечение и сопровождавшимся острой кровопотерей. Это повреждение, как видно из истории болезни, причиненное 25/I каким-либо острым режущим орудием (ножом и т. п.) и вызвавшее опасное для жизни состояние — острое малокровие, относится к разряду тяжких телесных повреждений.

2. Гр-н М., 26 лет, 16/V, возвращаясь вечером из кинотеатра, подошел к группе споривших между собой мужчин, один из которых стал убегать, М. побежал за ним. После того как М. догнал убежавшего, последний ударил его бритвой по лицу.

М. был доставлен в больницу на носилках в тяжелом состоянии, без сознания; пульс 105 ударов в минуту, слабого наполнения, аритмичный. При осмотре обнаружена резаная рана левой щеки с ровными краями, идущая от мочки левого уха до бороздки верхней губы, с полным повреждением жевательной мышцы.

Была произведена обработка раны, остановлено кровотечение, наложены швы и асептическая повязка. После операции отмечалось: резкий отек лица и общее угнетенное состояние; температура $37-38^{\circ}$.

24/V сняты швы — заживление первичным натяжением.

Освидетельствование через 20 дней. Со стороны внутренних органов изменений не отмечается; имеется четкая асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки; неполное смыкание века левого глаза (лагофтальм); чувствительность по ходу первой ветви тройничного нерва снижена. Отступая от козелка левого уха на 1,5 см по направлению к левому крылу носа располагается линейной формы рубец розового цвета длиной 15 см, безболезненный.

Выводы. У гр-на М. в настоящее время имеется травматический неврит левого лицевого нерва и неокрепший рубец вследствие резаной раны лица. Для восстановления поврежденного нерва требуется лечение в течение длительного времени — до 4—6 месяцев. В некоторых случаях наблюдается восстановление функций поврежденного нерва, иногда же восстановления не отмечается. Решить вопрос в настоящее время, будет ли восстановлена функция поврежденного нерва, не представляется возможным. Повреждение нерва вызвало асимметрию лица и неполное смыкание левого глаза.

Ввиду того что у М. после повреждения возникло тяжелое, опасное для жизни состояние, полученное им повреждение следует отнести к разряду тяжких телесных повреждений.

В этом случае повреждение мягких тканей лица отнесено к тяжким повреждениям по признаку опасности для жизни. Если бы это повреждение не вызвало опасного для жизни состояния, то остался бы при-

знак стойкой утраты трудоспособности в связи с повреждением нерва ■ лагофталмом, но так как последняя была бы менее одной трети, то повреждение пришлось отнести к менее тяжким. Ввиду того что повреждение вызвало и обезображивание лица, суд должен был бы пере-квалифицировать его на тяжкое телесное повреждение.

Повреждения органов чувств. Повреждение органа зрения, слуха, обоняния требует, как правило, обследования пострадавших специалистами. При таких обследованиях эксперт либо пользуется медицинским документом из того лечебного учреждения, где была оказана помощь пострадавшему, где он находился на стационарном или амбулаторном лечении, либо обследование производится совместно со специалистами. Участие последних оформляется постановлением следователя.

Повреждение органа зрения. При полной потере зрения повреждения относятся к тяжким, так как этот признак непосредственно указан в Законе (ст. 108 УК). При потере зрения на один глаз повреждение оценивается как тяжкое по признаку стойкой значительной утраты общей трудоспособности не менее трети (35%). Поэтому такие повреждения не встречают затруднений при оценке степени их тяжести.

В тех случаях, когда в результате повреждений возникло понижение зрения, процент потери общей трудоспособности определяется по таблице Госстраха и, в зависимости от размеров понижения зрения, устанавливается степень тяжести телесного повреждения.

В практике возникает затруднение относительно повреждения одного глаза при существующей потере зрения на другой глаз, а также повреждения слепого глаза.

В первом случае затруднения не должно быть, так как повреждение одного глаза, как уже было указано, определяется как повреждение тяжкое по признаку стойкой утраты трудоспособности в размере 35%. Поэтому при повреждении одного глаза при существующем слепом глазе тяжесть повреждения уже увеличиться не может, так как потеря зрения и на один глаз и на два глаза, т. е. полная слепота, является повреждением тяжким.

Возникают трудности при оценке степени тяжести повреждения уже слепого глаза и особенно в тех случаях, когда в результате этого повреждения приходится слепой глаз удалять. Так как повреждается глаз слепой, следовательно, стойкой утраты общей трудоспособности в этом случае не происходит, степень утраты трудоспособности не увеличивается. Повреждение само по себе не является опасным для жизни. Нельзя применить и признак «утраты органом его функций», так как функция глаза — зрение — уже отсутствовала. Нельзя, как это делают некоторые, принимать в соображение «опасность слепоты для другого глаза», так как Закон предусматривает только «опасность для жизни» повреждения. Принимать во внимание можно только наступившую слепоту другого глаза вследствие симпатического воспаления, а не «опасность» или «возможность» слепоты.

Признаков тяжкого телесного повреждения, как мы видим в этом случае, не имеется, и повреждение приходится оценивать по признаку длительности расстройства здоровья, следовательно, как легкое, причинившее кратковременное расстройство здоровья. Суд же, устанавливая обезображивание, может переqualифицировать его на тяжкое.

При повреждении глаза необходимо учитывать, что иногда и очень тяжелые повреждения глаза — проникающие ранения глазного яблока с выпадением стекловидного тела, с вывихом хрусталика — могут заканчиваться благополучно, без потери зрения или с незначительным сни-

жением зрения на поврежденный глаз. Поэтому с дачей заключения приходится выжидать до окончания результатов лечения, исхода повреждения.

Опущение века (птоз), другие параличи, дефекты века, мешающие закрытию глазной щели, расцениваются в зависимости от размеров стойкой утраты общей трудоспособности (см. таблицу Госстраха).

Примеры. 1. У мальчика Б., 13 лет, железным наконечником был поврежден правый глаз. Б. был доставлен в больницу и оперирован.

Находился в больнице с 1/IX по 15/IX по поводу проникающего ранения склеры с выпадением стекловидного тела и кровоизлияниями в области глазного дна. Левый глаз здоров.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Правый глаз: на 9 часах, в 10—14 мм от лимба, горизонтальная рана конъюнктивы 4 мм длины. Вокруг раны отек тканей, в ране ущемлено стекловидное тело. В глубине видна рана склеры; роговица прозрачна. Передняя камера глубока, зрачок средней ширины, правильной формы; рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: сосок зрительного нерва с четкими границами; сосуды не изменены; очаговых изменений при обследовании с узким зрачком обнаружить не удалось; острота зрения равна 0,2; внутриглазное давление резко понижено. Левый глаз здоров, острота зрения равна 1,0. Рентгенологически нарушения целостности костей и тени инородного тела пока не обнаружено.

1/IX операция: отсечение выпавшего стекловидного тела и наложение швов на склеру и конъюнктиву правого глаза; диатермокоагуляция склеры вокруг склеральной раны и наложение конъюнктивальных швов. Операция и послеоперационный период прошли без осложнений.

Проводилось медикаментозное лечение. Раны склеры и конъюнктивы зарубцевались. Ретино-перикорнеальное кровоизлияние рассосалось в значительной степени. Отек сетчатки также значительно уменьшился. Острота зрения поврежденного глаза 1,0.

При выписке общее состояние удовлетворительное. Правый глаз спокоен, снаружи горизонтальный пигментированный рубчик конъюнктивы — начинается в 6 мм от лимба. В стекловидном теле плавающее помутнение. Глазное дно: сосок зрительного нерва розовый; граница слегка ступенчатая; вены расширены, извиты. При взгляде снаружки на периферии большой участок обнаженной склеры с четкими границами; отек и кровоизлияние вокруг уменьшились. От центра стекловидного тела идет лилово-зеленоватый тяж. Острота зрения 1,0. Левый глаз здоров. Острота зрения равна 1,0.

Выписан на амбулаторное лечение. В школу может пойти после каникул с разрешения врача. Освобождается от занятий физкультурой на весь год.

Выводы. Полученное Б. 1/IX повреждение — проникающее ранение склеры правого глаза с частичным выпадением стекловидного тела — повлекло за собой кратковременное расстройство здоровья в течение 2 недель и по этому признаку относится к легким телесным повреждениям, повлекшим за собой кратковременное расстройство здоровья.

2. 20/IX девочке В., 5 лет, из рогатки был поврежден глаз. Находилась на лечении в глазном отделении больницы с 20/IX по 16/X.

Из истории болезни: девочка В. поступила 20/IX по поводу контузии левого глаза, отрыва радужки у корня, сублюксации хрусталика, травматического хореоретинита. Правый глаз здоров.

При осмотре левого глаза обнаружено: на коже нижнего века ссадина, веко отечно, на глазном яблоке выраженная инъекция. На 6 часах у лимба кровоизлияние в склере, здесь же осаднение конъюнктивы; роговица прозрачная. Передняя камера неравномерна; на дне камеры полоска крови до 1 мм. Радужка спокойна, зрачок неправильной формы, узкий. Рефлекс с глазного дна красноватый. Острота зрения равна 0,02. За время пребывания в больнице девочка получила медикаментозное лечение (местно атропин, дионин, альбucid). За это время глаз успокоился, кровоизлияние внутри глаза рассосалось, зрение восстановилось до 0,1.

При выписке состояние глаз: правый глаз здоров — острота зрения 1,0; левый глаз — окружающие глаз ткани в норме, глаз спокоен, роговица прозрачная, блестящая, передняя камера неравномерна — глубже в нижней части; радужка спокойна; отрыв радужки у корня на 6 часах, дрожание ее. Зрачок не совсем круглой формы и слегка смещен вверх. Среды прозрачны; сосок зрительного нерва и сосуды в норме. К соску примыкает очаг бледного цвета с глубоким пигментированием, распространяющийся до желтого пятна. Острота зрения равна 0,1.

Выводы. Повреждения у девочки В.: ушиб и ранение левого глаза с отрывом радужки, повлекшие за собой стойкое снижение зрения на этот глаз, могли быть причинены ударом по глазу каким-либо твердым тупым предметом. Это повреждение, вызвавшее нарушение функции, понижение зрения на левый глаз до 0,1, у взрослого человека оценивается как стойкая утрата трудоспособности в размере 25%. Поэтому повреждение глаза у девочки следует отнести к разряду менее тяжелых.

3. Гр-н К., 51 года, 25/VII получил два удара кулаком по лицу.

Из амбулаторной карты видно, что К. обратился 25/VII в поликлинику по поводу кожной раны верхнего века в области нижней спайки и гематомы левого глаза. Находился в состоянии алкогольного опьянения. При исследовании острота зрения правого глаза равна 1,0, левого глаза — 0,1. Правый глаз здоров. При осмотре левого глаза обнаружено: кровоизлияние сине-багрового цвета под кожу верхнего и нижнего век; глазная щель почти не раскрывается, конъюнктив гиперемирована; конъюнктив глазного яблока в нижней его половине полна пузырьков воздуха (эмфизема). Роговица тускловатая, передняя камера средней глубины, радужка глаза атрофирована. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Сосочек зрительного нерва в норме. Легкий отек в области желтого пятна. На верхнем веке левого глаза косая идущая рана размером 2,5 см, с неровными краями. У нижней спайки верхнего века кожная ранка размером 1 см. Ранение неглубокое. Наложены швы.

На рентгенограмме область орбиты левого глаза завуалирована (за счет отека). Под верхним внутренним краем орбиты отмечается полоска воздуха — косвенный признак нарушения целостности костей орбиты. Диффузное затемнение клеток решетчатого лабиринта слева, остальные решетчатые полости носа свободны (воздушны).

28/VII. Левый глаз: роговица прозрачна, передняя камера мелкая; радужка отличается по цвету от правого глаза — она темнее; глубокие среды прозрачны; глазное дно — норма. Признаков травмы носа нет. По данным рентгенографии можно думать о кровоизлиянии в клетчатку решетчатого лабиринта. Острота правого глаза равна 1,0, левого — 0,1.

3/VIII. Жалобы на ухудшение зрения; роговица тускловатая; камера нормальной глубины; разрыв сфинктера радужки на 6 часах. Подвывих хрусталика, горошина стекловидного тела в передней камере; глазное дно — норма. Внутриглазное давление на левом глазу 39 мм, на правом — 25 мм. Острота зрения левого глаза без коррекции 0,09, с коррекцией — 0,2—0,3.

8/VIII. Правый глаз здоров, острота зрения 1,0. Левый глаз: кожный рубец верхнего века; разрыв сфинктера-радужки на 6 часах; легкое дрожание радужки при движении глаза; глазное дно — сквозь легкий флер без видимых отклонений. Острота зрения равна 0,08; внутриглазное дно пальпаторно в пределах нормы. Диагноз: подвывих хрусталика и вторичная глаукома левого глаза.

Выводы. На основании данных медицинских документов и судебно-медицинского освидетельствования у гр-на К. имелось повреждение левого глаза, в результате которого возникли вторичная глаукома и подвывих хрусталика со снижением зрения до 0,08.

Это повреждение, как видно из медицинских документов, получено 25/VII от удара тупым твердым предметом, повлекло за собой стойкую утрату трудоспособности в размере 35% и по этому признаку относится к разряду тяжких телесных повреждений.

4. Гр-н К., 18 лет, 15/I около 12 часов получил удар пряжкой ремня в область левого глаза. Глаз тотчас же закрылся и перестал видеть. Спустя 30 минут была рвота. 16/I утром был осмотрен врачом и направлен в больницу, где при поступлении обнаружено следующее. Правый глаз здоров. Левый глаз: на коже верхнего века, в средней части надбровной области, ранение кожи, покрытое сухой кровянистой корочкой. На коже носа в направлении к внутреннему углу глаза линейная ссадина, переходящая на нижнее веко. Нижнее веко в области слезной точки имеет поверхностный отрыв. Глазная щель закрыта — резкий отек века с подкожным кровоизлиянием. При раскрытии глазной щели резко выраженный хемоз конъюнктивы глазного яблока. За отечным валиком, надвигающимся на роговицу, склера и лимб не видны вследствие отека конъюнктивы. Видимая часть склеры пропитана кровью, мутна. Камера заполнена кровью и частично экссудатом. В середине полупрозрачной части роговицы видны свертки крови и измененные части радужки. Зрачок рассмотреть не удастся. Цилиарное тело болезненно при пальпации, стекловидное тело не видно.

18/I. Левый глаз: отек века и хемоз конъюнктивы выражены. На 6 часах отступя от лимба на 4 мм, разрыв конъюнктивы линейной формы длиной 4—5 мм. В нижней части на 5 часах отрыв радужки у канала; в камере значительное количество жидкой крови. Зрение — 0,0. Диагноз: тупая травма левого глаза с полной потерей зрения.

Выводы. У гр-на К., 18 лет, имелось повреждение левого глаза с полной потерей зрения; ушибленные раны в области левой брови, нижнего века и носа.

Это повреждение левого глаза с полной потерей зрения повлекло за собой стойкую утрату общей трудоспособности — свыше одной трети (35%) и по этому признаку относится к разряду тяжких.

Обнаруженные повреждения могли быть получены от ударов пряжкой ремня или каким-либо другим тупым твердым предметом.

В настоящее время К. нуждается в продолжении лечения в течение 2—3 месяцев.

5. Вечером 28/X гр-ка Д., 17 лет, подверглась нападению и получила удар в область глаза. При поступлении в больницу 28/X в 20 часов 30 минут выявлено следую-

шее: у гр-ки Д. 6 лет назад было ранение правого глаза, после которого она перестала глазом видеть. В настоящее время при объективном исследовании правого глаза отмечаются отечность век и выраженный кровоподтек в коже верхнего века. Глазная щель закрыта; на глазном яблоке подконъюнктивальное кровоизлияние в верхневнутреннем квадранте, конъюнктивальный разрыв склеры. В верхненаружном квадранте концентрический лимбоз. Разрыв конъюнктивы и склеры с выпадением оболочек. На роговице обширное бельмо. Произведена энуклеация правого глаза.

В истории болезни, относящейся к предыдущему повреждению этого же глаза (за 6 лет до настоящей травмы), указывается, что больная находилась в глазном отделении по поводу инородного тела правого глаза; предполагалась энуклеация, но родные Д. не согласились на операцию. При выписке ее тогда острота зрения правого глаза равнялась 0,04, левого — 1,0.

Больная была на приеме за 7 месяцев до настоящей травмы. Обнаружено следующее: «Стафилома склеры, абсолютная глаукома правого глаза, острота зрения — «движение рукой у лица»; левый глаз здоров. На энуклеацию не соглашается».

Выводы. На основании имеющихся материалов установлено, что у гр-ки Д. отсутствует правое глазное яблоко в связи с его повреждением и последующим удалением.

Удаленный глаз в прошлом был поврежден в такой степени, что зрение было потеряно и свидетельствуемая им не видела. Были прямые медицинские показания к удалению этого глаза и до травмы. Настоящее повреждение этого глаза не повлекло за собой и не увеличило имевшейся стойкой утраты трудоспособности в размере 35%. Оно вызвало расстройство здоровья менее 4 недель и по этому признаку должно быть отнесено к легким, повлекшим за собою кратковременное расстройство здоровья.

Это повреждение могло быть получено от удара твердым тупым предметом (кулаком и др.). Так как гр-ка Д. не видела правым глазом и до получения травмы 28/X, то общая стойкая утрата трудоспособности у нее в связи с настоящим повреждением не изменилась.

Другие расстройства зрения оцениваются по признаку стойкой утраты общей трудоспособности (ст. ст. 9—12 таблицы Госстраха).

Повреждение слепого глаза с последующим его удалением может рассматриваться судом как неизгладимое обезображивание лица, и в таком случае суд переквалифицирует действие на причинение тяжкого телесного повреждения.

Подкожная эмфизема в окружности глаза указывает на переломы в области воздухоносных пазух и путей: лобных пазух, решетчатой кости, костей носа. Переломы частей этих костей, если они не проникают в полость черепа, т. е. не нарушают его герметизации, не рассматриваются как опасные для жизни, а оцениваются по последствиям.

Последствия повреждения век оцениваются или по признаку продолжительности расстройства здоровья, или по признаку стойкой утраты общей трудоспособности (ст. ст. 13, 14, 15 таблицы Госстраха). В некоторых случаях суд может последствия повреждений век (птоз, дефекты век), мешающие закрытию глазной щели, рассматривать как обезображивание лица и квалифицировать как причинение тяжких телесных повреждений.

Повреждения уха. Различают повреждения наружных тканей уха и повреждения пирамиды височной кости — переломы и трещины.

Повреждения ушной раковины наблюдаются чаще всего от ударов тупыми предметами (кулаком, палкой и др.), реже от острых орудий — резаные раны и еще реже — от огнестрельного оружия.

От ударов тупыми предметами могут быть поверхностные повреждения — ссадины, кровоподтеки. Последние могут быть в виде отгематом — скоплений крови между кожей и хрящом уха, имеющих вид припухлостей сине-багрового цвета. Небольшие гематомы рассасываются, более крупные требуют удаления крови. Инфицированные гематомы могут вызывать перихондрит и осложняться деформацией ушной раковины.

Тупые орудия могут вызывать разможнение ушной раковины. Наблюдаются отрывы и отделения части или всей ушной раковины. Встречаются укушенные раны с отделением части ушной раковины.

Потеря одной ушной раковины определяется в 10% стойкой утраты общей трудоспособности и является, следовательно, повреждением легким, повлекшим за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности.

Потеря обеих ушных раковин определяется в 20% стойкой утраты общей трудоспособности и по этому признаку определяется как повреждение менее тяжкое.

Потеря одной и обеих ушных раковин может расцениваться судом как обезображивание лица. В таком случае судом будет произведена переквалификация действия на причинение тяжкого телесного повреждения.

Встречаются также ожоги ушной раковины горячими жидкостями, едкими химическими веществами, исходом которых могут быть рубцовые изменения ушной раковины, а при присоединении инфекции — перихондрит с разрушением хряща и деформацией ушной раковины.

Повреждения наружного слухового прохода могут возникать при повреждении ушной раковины и ограничиваться только кожными поражениями, а иногда и повреждением костных стенок. В процессе заживления может быть рубцовое заращение слухового прохода со всеми вытекающими отсюда последствиями. Повреждения костных стенок слухового прохода обычно сочетаются в силу анатомического расположения его с повреждением скулового и сосцевидного отростков и сустава нижней челюсти. Обычно это связано с повреждением височной кости и по признаку опасности для жизни такие повреждения должны относиться к тяжким.

Ожоги едкими жидкостями стенок слухового прохода приводят в процессе заживления к его деформации, а иногда к заращению. Нижнепередняя стенка слухового прохода может повреждаться при ударах в область подбородка и сочетаться с переломом нижней челюсти.

Повреждения барабанной перепонки встречаются нередко в результате ударов тупыми предметами, например кулаком, ладонью по ушной раковине. При этом могут наблюдаться или ограниченные кровоизлияния в толщу перепонки, или ее разрывы от незначительных до обширных. Разрывы могут заживать и возникшие отверстия зарубцовываться или же в барабанной перепонке остается отверстие. Пробождение барабанной перепонки может осложняться воспалением среднего уха.

При повреждениях в области уха следует обязательно направлять пострадавшего к отоларингологу. Нередко повреждение барабанной перепонки самому больному остается неизвестным и обнаруживается только при осмотре.

Повреждения наружного слухового прохода и барабанной перепонки расцениваются в зависимости от длительности расстройства здоровья или стойкой утраты общей трудоспособности при понижении слуха.

Повреждения внутреннего уха сопровождаются тяжелыми субъективными симптомами и представляют опасность в связи с возможными осложнениями в виде воспаления мозговых оболочек или абсцесса мозга. Поэтому повреждения внутреннего уха, связанные обычно с нарушением целостности пирамиды височной кости, должны оцениваться по признаку опасности для жизни как повреждения тяжкие.

Объективные нарушения вестибулярной функции, в зависимости от размеров стойкой утраты общей трудоспособности, оцениваются: в легкой степени — как повреждение легкое, повлекшее за собой незначительную стойкую утрату общей трудоспособности (10%); в средней и

сильной степени — как повреждения тяжкие, по признаку стойкой утраты общей трудоспособности в размерах свыше одной трети (40 и 70 %).

Понижение и потеря слуха (глухота) как последствия повреждений оцениваются по признаку стойкой утраты общей трудоспособности. Потеря слуха на одно ухо оценивается по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности менее одной трети (15 %) как повреждение менее тяжкое, полная глухота — по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности не менее одной трети (50 %) как повреждение тяжкое, а также по признаку «потери слуха».

Повреждения носа. С повреждениями носа приходится встречаться очень часто. По данным Ф. С. Бокштейна, причинами повреждений носа бывают:

1) бытовые травмы — от ударов различными тупыми предметами или кулаком; 2) спортивная травма — удар средствами различного вида спорта (хоккей, футбол, бокс и т. д.); 3) удары, нанесенные копытами животных (лошади, коровы); 4) различного вида ушибы иного происхождения (например, поленом при колке дров, отскочившей деталью станка или обрабатываемого металла, неожиданно открывшейся дверью и др.); 5) падение тяжелого предмета на нос; 6) падение с высоты и удары о твердые предметы; 7) ушибы о различные предметы и машины; 8) ушибы при автомобильных и мотоциклетных авариях; 9) ушибы при прыгивании на ходу с трамвая и др.

Повреждения при бытовой травме и от ударов о твердые предметы бывают сравнительно менее тяжелыми, чем при автомобильных и мотоциклетных авариях и при падении с высоты. Повреждения могут затрагивать весь нос, различные его части и окружающие ткани; последние повреждения — более обширного характера и квалификация этих повреждений особых затруднений не вызывает.

Повреждения носа могут сопровождаться переломом очень хрупкого нижнего края носовых костей. Такие повреждения не дают больших деформаций и нарушений носового дыхания. Встречаются более глубокие и обширные закрытые и открытые переломы носовых костей и хрящевой части носа, сопровождающиеся деформацией носа, смещением носа и носовой перегородки в сторону. Переломы носовых костей могут сочетаться с переломами лобного отростка верхней челюсти.

При повреждениях носа, кроме деформаций, могут наблюдаться:

1. Шок, потеря сознания на короткое время, так как такие повреждения могут сопровождаться легкой степенью сотрясения мозга;

2. Носовые кровотечения, обычно останавливающиеся самостоятельно и непродолжительные; в отдельных случаях могут быть более серьезные кровотечения, с угрожающими, опасными для жизни симптомами, требующие экстренной квалифицированной хирургической помощи. Такие кровотечения в отдельных случаях, при опасном для жизни состоянии, могут оцениваться как тяжкие телесные повреждения;

3. Кровоподтеки в мягких покровах носа, ограниченные и распространяющиеся на ближайшие отделы лица, в частности очень часто — на верхние и нижние веки. Соотношения между внешними изменениями, например обширными кровоизлияниями в области спинки носа, век, и повреждениями костей не всегда прямо пропорциональны, так же как и болевые ощущения. Так, при нерезко выраженных кровоизлияниях и болевых ощущениях могут иметь место значительные оскольчатые переломы костей носа, и наоборот, при резкой болезненности и обширных кровоизлияниях кости носа могут быть неповрежденными;

4. Подкожная эмфизема. При переломах носовых костей она возникает в связи с разрывом слизистой оболочки носа. Если при этом по-

страдавший еще усиленно сморкается, закрывая рот и с силой прогоняя воздух через нос, то через образовавшееся повреждение слизистой оболочки воздух проникает в подкожную жировую клетчатку. Подкожная эмфизема выявляется по крепитации, которая ощущается при ощупывании мягких тканей лица в окрестности носа. Подкожная эмфизема в ближайшие часы и дни исчезает;

5. Деформация наружного носа, внутриносовые деформации и разрывы слизистой. Повреждения носа с переломом носовых костей заживают обычно благополучно и приводят к расстройству здоровья различной продолжительности, поэтому они должны квалифицироваться как повреждения легкие, повлекшие или не повлекшие за собой кратковременные расстройства здоровья.

При повреждениях области носа рекомендуется прежде всего быстро проводить рентгенографию, ибо часто переломы носовых костей и трещины могут быть обнаружены только при рентгенографии; кроме того, необходимо направить пострадавшего для детального обследования и лечения к специалисту-отоларингологу.

Существует неправильное мнение, что если обнаруживаются переломы носовых костей, то повреждение обязательно квалифицируется как «легкое, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья», хотя бы это повреждение и сопровождалось расстройством здоровья менее 7 дней. На самом деле для такого мнения нет никаких оснований. При оценке повреждений носа нужно исходить опять-таки из общих принципов: продолжительности расстройства здоровья и размеров стойкой утраты общей трудоспособности. Если повреждения носа, в том числе и переломы костей носа, сопровождались расстройством здоровья свыше 7 дней или незначительной стойкой утратой общей трудоспособности, они должны относиться к повреждениям легким, повлекшим за собой кратковременное расстройство здоровья. Если же продолжительность расстройства здоровья была менее 7 дней, то такие повреждения следует относить к легким, не повлекшим за собой расстройства здоровья. Это наблюдается при отсутствии деформации носа, воспалительных процессов, опасного кровотечения и др. Последствием повреждений носа может быть расстройство носового дыхания и обоняния. Нарушение носового дыхания приводит к упорным головным болям, невралгии тройничного нерва, астматическим припадкам.

Потеря носа или части его оценивается как стойкая утрата общей трудоспособности в размере 10—30% и, следовательно, будет оцениваться или как повреждение легкое, повлекшее за собой расстройство здоровья, или как менее тяжелое.

Потеря носа всегда, а деформация носа и потеря части носа в некоторых случаях могут быть признаны судом как обезображивание лица. В таком случае суд квалифицирует повреждение как тяжелое.

Расстройства носового дыхания (в связи с переломами, сращениями) оцениваются как стойкая утрата трудоспособности: ■ легкой и средней степени 10—20%, ■ сильной — 30%, а потеря обоняния — в 10%. На этом основании и должны оцениваться такие последствия повреждения носа как легкие, повлекшие за собой расстройство здоровья, или как менее тяжелые, в зависимости от размеров стойкой утраты общей трудоспособности. При оценке повреждений носа приходится, следовательно, выжидать с окончательным заключением до исхода повреждения.

Повреждения челюстей встречаются довольно часто.

Переломы верхней челюсти могут быть открытыми и закрытыми, односторонними и двусторонними, оскольчатыми и сопровождаться переломами стенок полостей носа, гайморовой полости, глазни-

цы. Переломы могут сопровождаться опасными для жизни состояниями (шок, сотрясение мозга). Возможны осложнения в связи с проникновением инфекции из полости рта, гайморовой полости к основанию черепа через разрывы слизистой.

Заживление переломов верхней челюсти, особенно после раннего оказания медицинской помощи, обычно протекает благоприятно. Через 2—3 недели происходит заживление мягких тканей, ■ через 4 недели образуется плотная костная спайка. В более сложных случаях заживление затягивается до 6—8 недель. При оценке степени тяжести повреждения исходят из основных принципов: опасности для жизни, размеров стойкой утраты общей трудоспособности или продолжительности расстройства здоровья.

Повреждения нижней челюсти встречаются довольно часто и по характеру своему бывают одиночными, оскольчатыми, с повреждением и без повреждений зубов. Часто такие переломы бывают открытыми. Тело и ветви челюсти ломаются значительно чаще, чем альвеолярные отростки, 98% всех переломов нижней челюсти считаются открытыми в силу того, что они происходят на протяжении зубного ряда. Происхождение переломов нижней челюсти различно: бытовая, уличная, производственная травма. Они требуют оказания специализированной помощи, специальной хирургической обработки и длительного лечения. Иногда эти повреждения сопровождаются кровотечениями. Кровотечения из наружной сонной артерии и ее ближайших ветвей бывают очень сильными и могут привести к острому малокровию, опасному для жизни состоянию, что дает основание относить такие повреждения к тяжким. Лечение переломов нижней челюсти значительно сложнее, чем верхней, в силу ее большей подвижности и требует иногда удаление части зубов.

Одним из частых осложнений переломов нижней челюсти является остеомиелит, наблюдающийся в 15% всех переломов, а если исключить переломы ветвей, реже дающих остеомиелит, то процент переломов, осложненных остеомиелитом, повышается до 25. Осложнения остеомиелитом возникают тем чаще, чем позднее оказывается помощь. Другим осложнением является разрыв нижнечелюстной артерии, что приводит к расстройству питания тканей нижней челюсти и соответствующим осложнениям.

Переломы нижней челюсти, как и верхней, нередко сопровождаются потерей сознания, обычно кратковременной, но иногда и продолжительной — в течение нескольких часов. Потеря сознания объясняется сотрясением и ушибом мозга. Оценка степени тяжести повреждения нижней челюсти должна быть основана на анализе клинической картины и исхода. Если состояние пострадавшего после получения повреждения было тяжелым, опасным для жизни вследствие тяжелого шока, острой кровопотери, повреждение оценивается как тяжкое в силу опасности для жизни в момент нанесения. Если такого состояния не было, повреждение оценивается по исходу.

Осложненные повреждения нижней челюсти, сопровождающиеся функциональным расстройством в легкой степени, оцениваются в 20% стойкой утраты трудоспособности, ■ средней степени — в 30% и в сильной степени — в 50%. Следовательно, если перелом нижней челюсти вызвал функциональное расстройство (сужение рта, уменьшение подвижности челюсти, образование слюнной фистулы и др.) в легкой и средней степени, то повреждение следует отнести к менее тяжким, и в сильной степени — к тяжким телесным повреждениям по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности.

Потеря зубов: от 2 до 8 оценивается как повреждение легкое, повлекшее за собой расстройство здоровья по признаку стойкой утраты трудоспособности ■ 5—10%; потеря свыше 8 зубов оценивается как менее тяжкое телесное повреждение по признаку стойкой утраты трудоспособности от 15 до 20%.

В некоторых случаях исходом повреждения нижней челюсти в связи с рубцовыми изменениями или ее деформацией является нарушение симметрии лица, что судом может быть расценено как неизгладимое обезображивание.

Примеры. 1. Гр-н А., 49 лет, 9/V на улице подвергся нападению ■ получил удар в нижнюю челюсть, от которого упал. Из рта у него появилось сильное кровотечение. А. был доставлен в стоматологическую клинику. В клинике А. находился с 9/V по 6/X, а 12/X приступил к работе.

В истории болезни указано, что А. поступил 9/V в 20 часов с переломом нижней челюсти на уровне центральных нижних резцов и восходящей левой ветви нижней челюсти. Сознание не терял, тошноты и рвоты не было. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Был в нетрезвом виде.

Объективные данные: припухлость в области подбородка, на уровне центральных нижних резцов. Открывание рта ограниченное, болезненное; прикус ■ норме, при пальпации определяется перелом нижней челюсти на уровне центральных нижних резцов. Рентгенологически установлен перелом в области нижних центральных резцов и перелом восходящей ветви нижней челюсти слева. Произведена иммобилизация отломков нижней челюсти. Наложена шина на нижнюю челюсть.

При осмотре судебно-медицинским экспертом обнаружено: общее состояние вполне удовлетворительное; предъявляет жалобы на онемение ■ верхней части подбородка. Нарушения функций жевания нет. Отмечается асимметрия лица за счет утолщения левого угла нижней челюсти. Жевание безболезненно, за исключением двух нижних резцов.

Выводы. Полученное гр-ном А. повреждение — двойной перелом нижней челюсти — могло быть причинено ударом тупым твердым предметом; оно вызвало длительное расстройство здоровья — свыше 4 недель и по этому признаку относится к разряду менее тяжких телесных повреждений.

В данном случае, несмотря на длительное расстройство здоровья, стойкой утраты трудоспособности не возникло, опасности для жизни также не было. Следовательно, не было оснований отнести это повреждение к тяжким.

2. Гр-н К., 43 лет, 12/V на улице получил удар по лицу. Был доставлен в больницу. В истории болезни указано, что К. поступил 12/V в состоянии опьянения с ушибленной раной подбородка. При рентгеноскопии обнаружено: перелом правой и левой восходящих ветвей нижней челюсти со смещением; перелом нижней челюсти на уровне 4—5-х зубов справа и 5—4-х зубов слева, без смещения.

Осмотр стоматолога: прикус нарушен; подвижность отломков в области левой ветви нижней челюсти. Наложена шина с зацепными крючками на нижнюю и верхнюю челюсти. Умеренный отек левой половины нижней челюсти.

Выписан 29/V для амбулаторного лечения. Работать начал 10/VI. Был нетрудоспособен в течение 29 дней. В настоящее время самочувствие удовлетворительное, особых жалоб не предъявляет.

Выводы. Обнаруженные у гр-на К. повреждения — переломы нижней челюсти — могли быть причинены ударом твердым тупым предметом. Они повлекли за собой длительное расстройство здоровья — свыше 4 недель и по этому признаку относятся к разряду менее тяжких телесных повреждений.

3. Гр-ка С., 43 лет, 21/XII 1962 г. получила ранение от выстрела из охотничьего ружья, который был произведен в дверь ее комнаты. В момент выстрела С. находилась за дверью и закрывала ее на крючок. С. была направлена в больницу. Из истории болезни видно, что С. поступила 21/XII 1962 г. в 23 часа 30 минут с огнестрельным ранением дробью верхней трети груди, шеи и лица. Шея отекает, имеет множественные входные отверстия. На подбородке две раны размером 2×1,5 см и 6×3 см. Из ран извлечен войлочный пыж. Десны нижней челюсти повреждены, кровоточат.

Операция: извлечены остатки пыжа и удалены множественные костные осколки нижней челюсти. Кроме того, извлечено много дробин и два кусочка дерева.

29/XII 1962 г. С. была освидетельствована судебно-медицинским экспертом, который дал следующее заключение: «У С. не были повреждены выстрелом жизненно важные органы шеи. С. хорошо поправляется. Поэтому полученное ею повреждение следует отнести к легким, повлекшим за собой расстройство здоровья». В связи с этим уголовное дело по обвинению К. было прекращено.

28/V 1963 г. Народный суд рассмотрел гражданское дело по иску С. к К. о возме-

шении вреда за причиненное увечье. Суд на основании проведенной экспертизы установил, что в результате ранения С. утратила общую трудоспособность в размере 40%, ■ связи с чем иск С. был удовлетворен.

■ связи с определением у С. 40% утраты трудоспособности она обратилась в Народный суд и просила привлечь К. к уголовной ответственности за причинение ей тяжких телесных повреждений, а не легких.

10/X 1963 г. С. была освидетельствована Бюро судебно-медицинской экспертизы. При освидетельствовании она предъявила следующие жалобы: имеется постоянное слюноотечение, рот закрывается не полностью вследствие стягивающих рубцов и боли ■ нижней челюсти; питается только жидкой пищей, и та частично вытекает обратно из рта. Часто сохнет язык, иногда на нем образуются кровоточащие трещины. Зрение стало еще хуже. Появились нервные судороги мышц, часто болит голова и беспокоят drobinki, которые находятся ■ мягких тканях шеи и лица. Нижние передние зубы болят и сильно качаются.

Данные объективного исследования: подбородок резко деформирован. Отступая на 3 см от нижней границы розовой каймы губы горизонтально расположен другообразной формы рубец размером 6×3 см. Рубец втянут, неподвижно спаян с нижней челюстью, бледный. Нижняя губа оттянута вниз, рот не закрыт. Примерно от середины указанного рубца под прямым углом вниз по передней поверхности шеи идет другой белесоватый рубец длиной до 6 см, шириной до 0,5 см. На левой щеке и на верхней губе имеется большое количество неправильно линейной формы, расположенных преимущественно горизонтально, мелких подвижных рубчиков; под кожей шеи прощупываются круглые твердые инородные тела (дробинки). Рот открывается не полностью, передние нижние зубы качаются. Речь невнятная.

Выводы. У гр-ки С. на месте бывшего огнестрельного ранения имеются плотные, спаянные с костью, стягивающие рубцы в области подбородка и подбородочной области и отсутствует часть нижней челюсти. В результате полученного повреждения у гр-ки С. не закрывается полностью рот, нарушена функция жевания, речи, имеется постоянное слюноотечение. Отмеченное у гр-ки С. вследствие повреждения нижней челюсти сужение рта с функциональными расстройствами в сильной степени вызвало стойкую утрату общей трудоспособности ■ размере 50%. Поэтому полученные ею 21/XII 1962 г. повреждения должны быть отнесены ■ разряду тяжких. Рубцы на лице у гражданки С. являются неизгладимыми.

Повреждения языка расцениваются в зависимости от нарушения функции речи.

Неизлечимая потеря речи, т. е. неспособность изъясняться членораздельными звуками, понятными для окружающих, оценивается как повреждение тяжкое: а) по признаку «потери иного органа» и б) по признаку стойкой утраты трудоспособности не менее одной трети (40%, ст. 28 таблицы Госстраха).

Если потери речи нет, то повреждение языка оценивается ■ зависимости от продолжительности расстройства здоровья.

Повреждения языка сопровождают иногда повреждения нижней челюсти различного происхождения. Встречаются укушенные раны и откусывание части языка.

Повреждения в области шеи

Шея очень часто повреждается при бытовой травме, когда сдавливаются посторонними руками, предметами, находящимися на шее (шарф, косынка, галстук и др.) или специально набрасываемой на нее петлей.

В области шеи могут повреждаться: кожа с подкожной клетчаткой, мышцы, сосуды, нервы, а также органы шеи (гортань, трахея, пищевод).

Сдавления шеи руками или петлей необходимо рассмотреть особенно детально, так как встречается неправильная оценка такого насилия и повреждений.

В практике приходится осматривать лиц, подвергшихся нападению и сдавлению шеи петлей или руками. При таком виде насилия нужно

различить: 1) опасность способа насилия; 2) опасность вызванных таким способом насилия повреждений и состояний; 3) были ли эти повреждения и состояния угрожающими жизни.

Если накидывание петли на шею и попытка затягивания ее или сдавление шеи руками не вызвали опасного для жизни состояния (в виде потери сознания, амнезии), то обнаруженные повреждения, даже если имелось образование странгуляционной борозды, следует расценивать как легкие, не повлекшие за собой расстройства здоровья. Экхимозы в коже лица, конъюнктивах, одутловатость и синюшность лица сами по себе не доказывают опасного для жизни состояния, а свидетельствуют о сдавлении шеи.

Если же сдавление шеи петлей или руками сопровождалось тяжелым общим состоянием, с потерей сознания и последующими объективными изменениями со стороны центральной нервной системы, указывающими на такое состояние, то тогда оно должно быть отнесено по признаку опасности для жизни к моменту нанесения к разряду тяжелых телесных повреждений. Если после такого сдавления возникла стойкая афония — потеря голоса, что оценивается как утрата трудоспособности в 25%, то такое последствие повреждения оценивается как менее тяжелое.

Пример. Гр-ка З., 32 лет, подверглась нападению и когда она упала, то ей накинули на шею ее же косынку и стали косынкой душить. З. вырвалась от нападавших, выскочила в коридор и упала, потеряв сознание. Соседи, прибывшие на шум, вызвали машину скорой помощи, которой З. была доставлена в больницу.

В истории болезни указано: гр-ка З. доставлена в больницу в бессознательном состоянии с диагнозом скорой помощи: «состояние после повешения». В больнице около суток находилась в сумеречном состоянии. При осмотре отмечено: резкая синюшность лица, отечность век, точечные кровоизлияния в коже лица. Больная в тяжелом состоянии, на вопросы отвечает знаками, разговаривать не может — показывает, что болит горло.

Данные объективного исследования: верхнее веко левого глаза синевато-желтоватого цвета, склера без изменений, конъюнктивы желтушны; на шее справа, над серединой ключицы, округлой формы кровоподтек желтоватого цвета размером $2 \times 2,5$ см. На шее сзади и слева, на уровне VI шейного позвонка, идут две параллельные коричневато-бурого цвета ссадины в виде полос, расположенные друг от друга на 0,8 см. Верхняя полоса длиной 7 см проходит несколько дальше кпереди. На уровне левого угла нижней челюсти ссадины имеют коричневатокрасноватый цвет. На обеих голених, в нижней трети, в области передненаружных поверхностей, обнаружены кровоподтеки буровато-желтоватого цвета, округлой формы, размером от 1 до 2,5 см в диаметре. На обоих плечах и предплечьях множественные кровоподтеки желтого, зеленовато-бурого и зеленоватого цвета различной формы, размером от 1×1 см до 9×3 см. На коже передней поверхности груди, на 7 см выше левого соска, кровоподтек буровато-желтоватого цвета размером 7×11 см. Других повреждений при детальном осмотре не обнаружено.

Выводы. На основании данных истории болезни и судебно-медицинского исследования гр-ки З. следует: кровоподтеки в области шеи и на обеих голених могли быть получены от сильного сдавливания пальцами посторонней руки. Кровоподтеки на груди и на обоих плечах и предплечьях имеют различную давность и произошли от ударов тупым твердым предметом. Две параллельные ссадины на шее могли произойти при сдавливании шеи мягким предметом, например косынкой, платком.

Гр-ка З. была доставлена в больницу в бессознательном состоянии, с резким синюшным оттенком лица. Длительно державшееся сумеречное состояние, боли в области гортани, затруднения речи, последующая охриплость, продолжающаяся до настоящего времени, свидетельствуют о том, что у гр-ки З. было сильное сдавливание шеи петлей. Эти повреждения могли быть причинены в срок, указываемый потерпевшей, вызвали опасное для жизни состояние и поэтому относятся к разряду тяжелых телесных повреждений.

Повреждения гортани, трахеи, пищевода. Повреждения гортани и трахеи в виде ушибов, переломов хрящей гортани вследствие ударов, сдавления сопровождаются отеком, кровоизлияниями в окружающие ткани, что может приводить к опасным сужениям гортани, затруднению дыхания и даже к смерти от задушения от отека гортани или реф-

латорной остановки сердца. При наличии таких симптомов эти повреждения должны рассматриваться как опасные для жизни, тяжкие.

Проникающие ранения гортани и трахеи сопровождаются опасными для жизни осложнениями в виде кровотечений, шока. Особую опасность представляет эмфизема клетчатки средостения и интерстициальной ткани легкого, что может привести и к пневмотораксу.

Проникающие ранения пищевода — резаные, колотые, огнестрельные — представляют особую опасность в связи с инфекцией, образованием флегмон и медиастинита. Поэтому проникающие повреждения гортани, пищевода и трахеи различного происхождения опасны для жизни и их следует относить к тяжким повреждениям.

Пример. Мужчина 25 лет, будучи в нетрезвом состоянии, получил удар ножом в шею. Потерпевший поступил в больницу, где находился на излечении в течение 11 дней.

В истории болезни отмечено: поступил в 24 часа в тяжелом состоянии по поводу ножевой раны в области шеи. Объективные данные при поступлении: пульс 80 ударов в минуту, ритм удовлетворительный, артериальное давление 110/70 мм; из полости рта при кашле выделяются свертки крови. По наружному краю грудино-ключично-сосковой мышцы, на уровне ее середины, имеется рана овальной формы с ровными, гладкими краями и острыми углами, размером 4×2 см. Из раны выделяется кровь. Глотание болезненное, дыхание свободное. Произведена операция под местной новокаиновой анестезией — края раны иссечены; раневой канал доходит до верхнего отдела пищевода и передней поверхности позвоночника. Кровотечение остановлено. Заглатывание крови прекратилось. После переливания крови состояние больного заметно улучшилось. Вскоре у пострадавшего была рвота кровяными сгустками (до 500 мл). На следующий день состояние больного удовлетворительное, утром была рвота с умеренным количеством измененной крови. В последующие дни состояние больного удовлетворительное, глотание болезненное, дыхание свободное. В дальнейшем постепенное улучшение состояния больного: глотание свободное, отек шеи исчез, температура тела в пределах нормы. Через 11 дней выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 10 дней. Клинический диагноз: ножевое ранение шеи с повреждением пищевода. Через 21 день состояние хорошее; больной приступил к прежней работе.

Выводы. Пострадавший П. имел ножевую рану шеи слева с повреждением стенки верхнего отдела пищевода. Это повреждение, опасное для жизни в момент его нанесения, должно быть квалифицировано как тяжкое.

Повреждение сонных артерий оценивается как повреждение тяжкое, опасное для жизни в момент нанесения. Повреждения других сосудов шеи и мышц оцениваются на основании общих положений.

Повреждение грудной клетки и органов грудной полости

Повреждения грудной клетки и органов грудной полости могут быть закрытые и открытые.

Закрытые повреждения грудной клетки возникают чаще всего от действия тупых предметов, при падении с высоты, при транспортной травме. Они возникают при сотрясении, ушибах и сдавлениях грудной клетки. При этом могут повреждаться: мягкие покровы грудной клетки, ребра и внутренние органы грудной полости.

Повреждения мягких тканей при ударах, ушибах и сдавлении грудной клетки возникают в виде ссадин, подкожных кровоизлияний — гематом, с повреждениями и без повреждений мышц грудной клетки. Если эти повреждения сопровождаются тяжелым шоком, большой кровопотерей, т. е. опасными для жизни состояниями, то по признаку опасности для жизни они относятся к тяжким.

Сотрясения грудной клетки без нарушения анатомической целостности мягких тканей, костей, внутренних органов, сопровождающиеся тяже-

лым шоком, опасным для жизни расстройством сердечной деятельности, дыхания, по признаку опасности для жизни должно оцениваться как тяжкое телесное повреждение.

При сдавлении грудной клетки может развиваться так называемая *травматическая асфиксия* с угрожающими, опасными для жизни симптомами, шоком и характерной клинической картиной с резким цианозом кожных покровов верхней половины тела, с множественными кровоизлияниями в кожу, слизистые оболочки, конъюнктивы, клетчатку глазниц, барабанную перепонку, слизистые оболочки рта, глотки, носа, а иногда в глазное яблоко, сетчатку. Если «травматическая асфиксия» сопровождалась шоком, повреждением внутренних органов, тяжелым общим состоянием, то она квалифицируется по признаку опасности для жизни как тяжкое телесное повреждение. Если же признаков опасного для жизни состояния не было, то при оценке степени тяжести следует исходить из длительности расстройства здоровья. Здесь следует различать опасность для жизни способа сдавления груди и опасность болезненных расстройств, вызванных этим способом.

Сдавление грудной клетки, сопровождавшееся появлением кровоизлияний в кожу, конъюнктивы и другие ткани, но не вызывавшее шока и тяжелого общего состояния, не должно оцениваться как тяжкое телесное повреждение, так как опасным для жизни был способ, но не расстройство здоровья.

Пример. Мальчик 13 лет был придавлен в стене автомашиной. Сознание не терял. При осмотре были обнаружены экхимозы в склерах, конъюнктивах, на коже лица и груди. Имела место произвольная дефекация. Никаких повреждений при обследовании пострадавшего в больнице не обнаружено. Пробыл в больнице 10 дней и выписан в удовлетворительном состоянии.

Оценка степени тяжести сдавления груди у этого мальчика основывалась на следующем: 1) опасного для жизни состояния не было; 2) стойкой утраты трудоспособности не было; 3) имелось кратковременное расстройство здоровья в течение 10 дней. По этому признаку сдавление груди было оценено как повреждение легкое, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья.

Закрытые повреждения грудной клетки могут сопровождаться повреждениями кожи и более глубоко лежащих тканей — в виде ран различного характера, разрывов и разможения мышц.

Ранения от тупых предметов встречаются при больших, значительных насилиях, например при транспортной, производственной травме. Чаще экспертам приходится иметь дело с колотыми и колото-резаными ранами мягких тканей грудной клетки. Такие раны сопровождаются иногда подкожной эмфиземой в окружности ран вследствие присасывания воздуха в клетчатку при дыхательных движениях грудной клетки. Подкожная эмфизема заставляет предполагать проникающее ранение грудной клетки. Чрезвычайно важно в таких случаях правильно разобраться, имеется ли закрытое или проникающее ранение грудной клетки. Так как судебно-медицинский эксперт не наблюдал пострадавшего в первые часы и дни после повреждения, то он обязан удостовериться на основании объективных данных, зафиксированных в истории болезни, что имело место — непроникающее или проникающее ранение. Если данных в истории болезни для этого недостаточно, эксперту надлежит выяснить у лечащего врача, какое было ранение у пострадавшего.

Колотые и колото-резаные раны мягких тканей грудной клетки, не проникающие в грудную полость, заживают обычно хорошо, первичным натяжением, в особенности при своевременном оказании медицинской помощи, и степень тяжести их определяют на основании продолжительности расстройства здоровья.

Степень тяжести закрытых повреждений мягких тканей грудной клетки, причиненных тупыми орудиями и предметами, при отсутствии опасных для жизни симптомов (шока, кровотечений) зависит и определяется по объему стойкой утраты общей трудоспособности или по продолжительности расстройства здоровья.

Переломы ребер. Переломы ребер встречаются в практике довольно часто и могут возникать как от небольших, ограниченных насильий, например от ударов кулаком, так и при значительных насильях на грудную клетку — при падении, при транспортной и производственной травме.

У молодых субъектов вследствие эластичности ребер значительные сдавления грудной клетки могут и не вызывать переломов ребер. У пожилых лиц наблюдается повышенная хрупкость костей и переломы ребер возникают сравнительно легко при незначительных насильях. Например, множественные переломы ребер могут быть при падении с постели, от удара о какой-нибудь предмет, при ударах кулаком, сдавлении грудной клетки. Повышенную хрупкость ребер у пожилых лиц необходимо учитывать при оценке механизма насилья.

Различают переломы ребер прямые, не прямые, отрывные, одиночные и множественные. Прямые переломы ребер возникают в месте приложения силы, например при ударе кулаком, обутрой ногой; не прямые переломы ребер происходят при сдавлении грудной клетки вдали от места приложения силы и в отдельных случаях позволяют судить о характере насилья. Отрывные переломы ребер возникают начиная с IX ребра, располагаются на боковых поверхностях ребер или у границы с хрящом от сильного некоординированного действия мышц — сгибателей туловища и даже при резком выдохательном движении во время кашля, чиханья.

Закрытые переломы ребер иногда сопровождаются повреждением париетальной плевры или же она повреждается отломками ребер; могут возникать повреждения межреберных артерий, вен, мышц и легкого. Поэтому переломы ребер могут осложняться гемотораксом, пневмотораксом, гемопневмотораксом, а затем плевритом, пневмонией.

Одним из частых признаков перелома ребер является подкожная эмфизема. Подкожная эмфизема свидетельствует о повреждении легкого, откуда воздух может поступать в плевральную полость и через поврежденную плевру проникать в подкожную клетчатку. Подкожная эмфизема в таких случаях может быть очень распространенной, на значительном протяжении от места перелома. Множественные переломы ребер часто сопровождаются шоком и тяжелым общим состоянием. В таких случаях повреждения ребер оцениваются как повреждения, опасные для жизни, тяжкие.

Переломы одного и нескольких ребер, не сопровождающиеся осложнениями и повреждением легкого, расцениваются в зависимости от продолжительности расстройства здоровья.

Если закрытый перелом ребер сопровождается пневмотораксом, гемотораксом, плевропульмональным шоком, эмфиземой средостения, подкожной эмфиземой, осложнениями, свидетельствующими о повреждении органов грудной полости, то такие повреждения должны расцениваться как опасные для жизни в момент нанесения и, следовательно, тяжкие. Исход неосложненных переломов ребер обычно благоприятный, не вызывает длительного расстройства здоровья.

Переломы грудины. Переломы грудины возникают от действия тупого насилья: при ударе значительной силы, например копытами животных, а также при сдавлении грудной клетки тяжестями, при

транспортной травме; наблюдаются и при сдавлении в толпе. Переломы грудины происходят также при чрезмерных сгибаниях туловища кпереди через какую-нибудь преграду и могут комбинироваться с травмой позвоночника.

При оценке степени тяжести переломов грудины руководствуются тем же, что и при оценке повреждений ребер.

Закрытые повреждения органов грудной полости — легких, бронхов, сердца, пищевода, установленные и подтвержденные клинически, оцениваются по признаку опасности для жизни как повреждения тяжкие.

Примеры. 1. С., 32 лет, 11/III в 6 часов вечера находился в состоянии алкогольного опьянения, был побит. Сам пришел домой, лег спать и проснулся от одышки.

Из истории болезни: С. поступил из дома 11/III в 24 часа с диагнозом: множественные ушибы и ссадины тела, переломы ребер справа. Пневмоторакс. Общее состояние удовлетворительное. Жалуется на затрудненное дыхание. Справа, сзади от угла лопатки, распространенная подкожная эмфизема, дыхание 20—22 в минуту; пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный; тоны сердца ясные. Больной направлен в отделение под наблюдение дежурного врача.

В отделении введены подкожно пантопон и камфара; уложен в возвышенном положении. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. При пальпации грудной клетки в подкожной клетчатке, от угла правой лопатки до подвздошной кости, имеется подкожная эмфизема. Пальпация правой половины грудной клетки болезненна. Справа, в области II ребра по средней ключичной линии и до IX ребра по подмышечной линии, при дыхании отмечается болезненность. Перкуторно справа сзади тимпанит; справа сзади и слева в нижних отделах дыхание не проводится. Справа, в области верхней доли легкого, дыхание резко ослаблено. Число дыханий 26 в минуту.

13/III рентгеноскопия: подкожная эмфизема правой половины грудной клетки; в правой плевральной полости очень небольшое количество воздуха; жидкости в плевральной полости нет. Диафрагма в движениях не ограничена.

15/III состояние удовлетворительное. Жалуется на боли в грудной клетке. Подкожная эмфизема держится. Под углом лопатки прослушиваются единичные влажные хрипы. В нижних отделах дыхание не прослушивается. Пальпация грудной клетки справа резко болезненна. Отмечается болезненность при пальпации грудной клетки слева.

17/III дыхание и кашель болезненны. Подкожная эмфизема в правой половине грудной клетки держится.

18/III рентгенограмма: справа, в латеральных отделах над диафрагмой, имеются нежные плевральные наложения. Диафрагма справа ограничена в подвижности, правый синус не открывается. Воспалительных изменений в легочной ткани не выявлено. Жалобы на боли в правом боку при дыхании и в левом боку. Движения правой половины грудной клетки ограничены. Дыхание справа в нижнем отделе не проводится.

19/III состояние больного несколько ухудшилось; больной в постели, ходить не разрешено. При ощупывании ребер резкая болезненность. Второе ребро справа спереди по ключичной линии и VIII и IX ребра по заднеподмышечной линии сломаны, книзу от II ребра и сзади от VI до X ребра ощущается крепитация. Подкожная эмфизема сзади, по заднеподмышечной линии. Кровоподтек в области VIII и IX ребра справа.

Выводы. Как видно из истории болезни, у гр-на С. обнаружены переломы II, VIII и IX ребер справа, сопровождавшиеся правосторонним пневмотораксом. Наличие пневмоторакса (воздух в правой плевральной полости) и подкожной эмфиземы указывает на повреждение правого легкого. Переломы ребер, а также повреждение легкого могли быть причинены ударами по грудной клетке тупым твердым предметом 11/III.

Полученные С. повреждения (переломы ребер с повреждением легкого и пневмотораксом) опасны для жизни и относятся к тяжким телесным повреждениям.

2. Г., 32 лет, ехала в автомашине, которая наскочила на другую автомашину и Г. при этом получила повреждения.

При осмотре в больнице установлено: в области лба, слева, непосредственно над бровью, имеется рвано-ушибленная рана мягких тканей длиной 8 см. В области грудной клетки рентгенологически установлены переломы IV—V ребер справа по переднеподмышечной линии. Г. пробыла в больнице 20 дней и выписана в удовлетворительном состоянии. К работе приступила через 10 дней.

Выводы. Обнаруженные у Г. повреждения: рвано-ушибленная рана мягких тканей в области лба и закрытые переломы IV—V ребер справа вызвали расстройство здоровья продолжительностью менее 4 недель и относятся к разряду легких повреждений, повлекших за собой кратковременное расстройство здоровья.

Проникающие ранения грудной клетки. В практике наблюдаются проникающие ранения грудной клетки, причиненные колющим или колюще-режущим оружием. Они могут сопровождаться и повреждением внутренних органов. При таких ранениях нередко наблюдаются опасные для жизни осложнения: пневмоторакс, гемоторакс, плевропульмональный шок.

Проникающие ранения грудной клетки независимо от течения, клинической картины и исхода повреждения должны оцениваться по признаку опасности для жизни как тяжкие телесные повреждения.

Примеры. 1. К., 16 лет, 2/V были нанесены удары ножом в грудь. К. был доставлен в больницу, где находился на излечении до 11/V, когда был выписан для амбулаторного лечения.

При поступлении в больницу обнаружено следующее. На правом плече, предплечье и верхней половине правой ягодичной области имеются резаные, умеренно кровоточащие раны размером 2×1 см. В области восьмого и девятого межреберья слева имеются две колото-резаные раны размером 1×1 и 2×1 см. Вокруг этих ран небольшая подкожная эмфизема.

Операция: под местной анестезией произведено рассечение и иссечение краев ран на левой половине грудной клетки. Обнаружено, что обе раны проникают в плевральную полость, из которой поступает небольшое количество крови. Наложены глубокие швы на мышцы кетгутom, шелковые швы на кожу. Иссечены края и зашиты раны плеча, предплечья, ягодичы. Все эти раны кожные.

3/V произведена рентгеноскопия грудной клетки: мутность средней интенсивности левого нижнего поля над куполом диафрагмы. Газа и жидкости в плевральной полости нет. Сердце — норма.

Выводы. Левосторонняя травматическая пневмония.

9/V состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в области ран грудной клетки. Рентгеноскопия грудной клетки: легочные края прозрачны; синусы свободны.

10/V выписан для амбулаторного лечения. В дальнейшем все раны зажили первичным натяжением. 27/V закончено амбулаторное лечение.

Выводы. Полученные К. повреждения — проникающие раны левой половины грудной клетки, по поводу которых он находился на излечении в больнице со 2/V по 10/V и на амбулаторном лечении по 27/V, опасны для жизни в момент нанесения и относятся к разряду тяжких телесных повреждений. Резаные раны в области предплечья, правой голени и правой ягодичы, каждая в отдельности и все вместе, повлекли за собой расстройство здоровья менее 4 недель и по этому признаку относятся к разряду легких, повлекших за собой кратковременное расстройство здоровья. Все повреждения нанесены колюще-режущим оружием, каким мог быть финский нож.

2. Гр-ка И., 35 лет, 6/XII получила удар железной вилкой в спину. Была доставлена в больницу. В настоящее время жалоб нет.

В истории болезни указано: И. поступила 6/XII. Несколько ниже нижнего угла правой лопатки обнаружены 3 ранки размером $0,1 \times 0,2$ см в диаметре каждая, отстоящие друг от друга на расстоянии 0,75 см. В окружности ранок в подкожной клетчатке эмфизема; в мышце скопление крови — около 50 г, которая была удалена.

Из мышечных ранок выделяются пузырьки воздуха и отмечается присасывание воздуха к ранкам. Ранки иссечены. При иссечении обнаружено, что ранки проникают в плевральную полость. Ранки в плевре обработаны, мышцы и кожа зашиты наглухо. Самочувствие и состояние больной вполне удовлетворительное.

Рентгеноскопия грудной клетки: газа, жидкости в правой и левой плевральной полости нет. Легочные поля прозрачны, синусы свободны, сердце в норме.

Выписана 14/XII в удовлетворительном состоянии, без каких-либо легочных осложнений; 17/XII приступила к работе.

Выводы. У гр-ки И. обнаружены три ранки, проникающие в плевральную полость.

Эти повреждения опасны для жизни в момент нанесения и по этому признаку относятся к разряду тяжких телесных повреждений. Указанные повреждения могли быть причинены ударом вилкой.

Повреждения стенки живота и органов брюшной полости

Повреждения брюшной стенки (кровоподтеки различной величины, гематомы, раны, разрывы, размятия и другие повреждения мышц брюшной стенки), не проникающие в брюшную полость и без повреж-

дения внутренних органов, оцениваются по исходу, ■ основном по продолжительности расстройства здоровья.

Раны брюшной стенки встречаются чаще всего от колюще-режущих орудий. Могут быть раны от огнестрельного оружия, а иногда и от тупых предметов, например от удара рогом животного и др.

Шок от удара в живот при повреждении только брюшной стенки без повреждения внутренних органов встречается редко и обычно быстро проходит (И. А. Криворотов, 1949; К. Д. Микеладзе, 1959; цит. по Гольдуаммеру).

Закрытые повреждения органов брюшной полости — желудка, кишок, печени, селезенки, поджелудочной железы и др., а также почек оцениваются по признаку опасности для жизни в момент нанесения как повреждения тяжкие. Проникающие раны брюшной полости оцениваются как опасные для жизни — тяжкие.

В практике встречаются такие наблюдения, когда пострадавшего доставляют в лечебное учреждение с повреждением, например с колото-резаной раной брюшной стенки. При осмотре пострадавшего, подозревая проникающее ранение брюшной стенки, производят операцию лапаротомии. На операции устанавливается, что ранение не проникает в брюшную полость. Необходимо еще раз сказать, как уже отмечалось, что некоторые эксперты такие не проникающие в брюшную полость ранения брюшной стенки (по поводу которых была произведена лапаротомия) относят к повреждениям тяжким на том основании, что была вскрыта брюшная полость по поводу этой раны. Такое заключение, конечно, неправильно, так как связь между повреждением брюшной стенки и вскрытием брюшной полости хирургом случайная. Случайность здесь заключается в том, что такой пострадавший был доставлен в больницу, где оказался хирург. Если бы пострадавший не был в тот день доставлен в больницу, то не последовало бы вскрытия брюшной полости. Поэтому в таких случаях необходимо оценивать степень тяжести того повреждения, которое было нанесено, не учитывая ошибочного вскрытия брюшной стенки хирургом. Эксперт, связывая вскрытие брюшной полости с непроникающим ранением брюшной стенки, берет на себя обсуждение действий другого человека (хирурга), присоединяя и перекладывая их на обвиняемого, т. е. берет на себя функции судьи.

Примеры. I. Непроникающие ранения грудной и брюшной полостей. Операция лапаротомии.

1. Ш., 23 лет, 2/III около 16 часов получил ножевые ранения в спину и живот. Доставлен вначале в поликлинику, а оттуда в больницу, где было обнаружено: колото-резаные раны спины и брюшной стенки слева; состояние алкогольного опьянения. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой рана размером 1×0,3 см, некровоточащая; в левой подвздошной области колотая рана размером 1,5×0,5 см.

Сделана хирургическая обработка ран под местной анестезией. Рана проникает через все слои, вплоть до брюшины. Изменений брюшины не обнаружено, но в ней сделан разрез для ревизии брюшной полости — крови в брюшной полости нет. Брюшная стенка зашита. Рана в области лопатки не проникает ■ грудную клетку. Наложены один шов. Заживление ран первичным натяжением.

Больной в удовлетворительном состоянии; выписан через 8 дней на амбулаторное лечение. Диагноз: непроникающая рана брюшной стенки в левой подвздошной области; колотая рана мягких тканей спины. Опьянение. Операция лапаротомии.

При судебно-медицинском освидетельствовании предъявляет жалобы на боли ■ области рубца в брюшной стенке. Объективное исследование: на спине, на уровне VIII грудного позвонка и на 3 см вправо от средней линии позвоночника, тонкий линейный розовый рубец длиной 1 см со следами хирургического шва. Рубец спаян с подлежащими тканями. На животе, на 10 см влево от средней линии и на 9 см ниже пупка, имеется косо расположенный рубец длиной 11 см со следами 8 хирургических швов,

имеющий тонкие гладкие края, покрытие бурого цвета корочками. Вокруг раны отмечается уплотнение мягких тканей (инфильтрация).

Выводы. Непроницающее ранение брюшной стенки левой подвздошной области и непроницающее ранение спины, как видно из истории болезни № 0030 Н-ской больницы, были причинены Ш. 2/III острым колюще-режущим орудием. По поводу ранения брюшной стенки была произведена операция лапаротомии — вскрытие и ревизия брюшной полости.

Указанные повреждения, каждое в отдельности и оба вместе, повлекли за собой расстройство здоровья менее 4 недель и по этому признаку относятся к разряду легких, вызвавших кратковременное расстройство здоровья.

2. Гр-ну А., 28 лет, 15/XII около 23 часов был нанесен удар ножом в правый бок. А. после этого поехал домой на трамвае в сопровождении товарищей. Дома почувствовал слабость. Вызванная машина скорой помощи доставила А. через 30 минут в больницу.

При поступлении в больницу обнаружено: в поясничной области, справа, имеется резаная рана размером $1 \times 0,3$ см, кровоточащая; вокруг раны припухлость размером 6×4 см. Отмечаются резкая болезненность при пальпации в правой поясничной области, частые позывы к мочеиспусканию; мочиться самостоятельно не может. Запах алкоголя изо рта. Диагноз: ножевая проникающая в грудную полость рана правой поясничной области.

Показана хирургическая обработка раны с выяснением возможной раны почки и грудной полости. Согласие больного на операцию получено. Операция под местной анестезией: произведено иссечение и рассечение раны в поясничной области. Рана имеет направление снизу вверх и слева направо. По рассечении всего раневого канала предположено ранение брюшины. В рану введен марлевый выпускник. Верхним средним разрезом, с добавлением косого разреза параллельно правой реберной дуги, последовало вскрытие брюшной полости. Крови в брюшной полости не обнаружено, брюшина нигде не повреждена. За брюшиной справа отмечается гематома. Ревизия всего желудочно-кишечного тракта, печени и селезенки не обнаружила повреждения этих органов. Спущенная катетером моча примесей крови не имела. Рана брюшной полости зажила первичным натяжением к 29/XII, когда А. был выписан из больницы с освобождением на 5 дней от работы.

Выводы. Нанесенное А. повреждение — ножевое ранение поясничной области справа, не проникающее в брюшную полость, зажившее через 14 дней, относится к повреждениям легким, повлекшим за собой кратковременное расстройство здоровья. Так как при поступлении имелось подозрение на то, что рана проникает в брюшную полость, А. была произведена операция лапаротомии (вскрытие брюшной полости). При операции было установлено, что рана не проникает в брюшную полость.

Полученное А. повреждение могло быть нанесено колюще-режущим орудием, каким мог быть нож.

II. Проникающее ранение брюшной полости. 17/II Б., 27 лет, будучи пьяным, в ссоре получил удар ножом в живот. Доставлен в больницу с жалобами на боли в животе. При осмотре установлено, что в подложечной области справа имеется рана овальной формы, с ровными краями и острыми углами размером $1,7 \times 1$ см, проникающая в брюшную полость. Было произведено расширение раны с целью ревизии брюшной полости.

При поступлении состояние больного средней тяжести. Пульс 100 ударов в минуту, аритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 130/80 мм; живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует; при ощупывании болезнен, напряжен. Симптом Блюмберга положительный. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печеночная тупость отсутствует. Со стороны органов груди изменений нет. Неврологический статус без особенностей. По правой среднеключичной линии, на 4 см ниже реберной дуги, — операционная рана размером 5×2 см, с вставленным марлевым тампоном. При ревизии брюшной полости обнаружена колото-резаная рана правой доли печени на ее задней поверхности размером $3 \times 0,3$ см, сильно кровоточащая.

На рану печени наложены швы и к ним подшиты круглая связка печени и сальник. Брюшная стенка зашита послойно. К ране печени подведены два марлевых тампона. После операции состояние удовлетворительное; в дальнейшем оно постепенно улучшалось. 2/II сняты швы. Рентгеноскопией грудной клетки и живота изменений не выявлено. Дано освобождение от работы на 15 суток. Клинический диагноз: проникающая ножевая рана живота с повреждением правой доли печени.

Выводы. У Б. обнаружена проникающая колото-резаная рана передней стенки живота справа с повреждением печени.

Это повреждение причинено колюще-режущим орудием, каким мог быть предъявленный следователем перочинный нож. Проникающее ранение живота опасно для жизни в момент нанесения и относится к разряду тяжелых телесных повреждений.

3. Переломы с разрывом одной из сторон таза в направлении сзади-вперед.
4. Переломы таза с разрывом передней и задней стенок таза.
5. Вертикальные переломы таза.
6. Разрывы связок таза.
7. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря.
8. Переломы таза с разрывом прямой кишки.
9. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря и прямой кишки.
10. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки и влагалища.
11. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища и матки.
12. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки и яичников.
13. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников и фаллопиевых труб.
14. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб и маточных артерий.
15. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб, маточных артерий и маточных вен.
16. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб, маточных артерий, маточных вен и яичных связок.
17. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб, маточных артерий, маточных вен, яичных связок и маточных артерий.
18. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб, маточных артерий, маточных вен, яичных связок, маточных артерий и маточных вен.
19. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб, маточных артерий, маточных вен, яичных связок, маточных артерий, маточных вен и яичных связок.
20. Переломы таза с разрывом мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, матки, яичников, фаллопиевых труб, маточных артерий, маточных вен, яичных связок, маточных артерий, маточных вен, яичных связок и маточных артерий.

Сроки врем

Локализация перелома

Группа Л. Маз...

Группа II Б

Группа III

Вертикальные переломы
и вывихи

а) ...

Других органов

... 42...

CKA

вающей силы или от отрыва мест прикрепления мышц (вследствие их сокращения); перелом гребешка или перелом подвздошных костей, перелом одной лобковой кости или же одной седалищной.

2. Переломы переднего отдела тазового кольца со смещением односторонним и двусторонним (в форме «бабочки»); перелом от сдвливания таза в переднезаднем направлении (непосредственное сдвливание переднего отдела тазового кольца).

3. Перелом вертлужной впадины (краевой, центральный), часто связанный с переломом бедра.

4. Вертикальные переломы таза типа Мальгения. Они могут происходить от сдвливания таза как во фронтальном, так и в сагиттальном направлении.

5. Разрывы симфиза и синхондроза и вывихи таза.

6. Переломы таза, сопровождающиеся повреждением внутренних органов и других костей скелета.

Степень тяжести переломов костей таза зависит от состояния пострадавшего в момент травмы, от течения таких повреждений и от их исхода (табл. 2). При тяжелом состоянии больного, связанном с шоком, кровопотерей, повреждение костей таза квалифицируется по признаку опасности для жизни как тяжелое. При обширных повреждениях таза смерть от шока — нередкое явление. Тяжелое состояние может объясняться, кроме того, и значительным кровотечением вследствие повреждения крупных сосудов и скоплениями крови в забрюшинной тазовой клетчатке между мышцами.

Таблица 2

Сроки временной нетрудоспособности при переломах таза в днях
(при функциональном лечении)
(по В. В. Гориневской, 1952)

Локализация перелома	Физический труд		Труд без физического напряжения	Временная инвалидность
	тяжелый	легкий		
Группа I. Изолированные переломы отдельных костей таза без нарушения тазового кольца	50—75	45—60	30—50	Не должно быть
Группа II. Переломы переднего отдела тазового кольца со смещением	90—120	80—100	75—90	Не должно быть
Группа III. Переломы вертлужной впадины	120—140	100—120	90—100	Имеет место в тяжелых случаях (контрактуры, анкилоз); требуется перемена профессии
Группа IV. Вертикальные переломы типа Мальгения и вывихи таза	120—160	120—140	100—120	Имеет место в тяжелых случаях; требуется перемена профессии
Группа V. Переломы таза с повреждением:	В зависимости от:			Имеет место при тяжелых осложнениях; требуется перемена профессии
а) тазовых органов	а) локализации перелома;			
б) других внутренних органов	б) течения сопутствующих повреждений (нагноение, свищи, цистит, пиелит);			
в) других частей скелета	в) осложнений со стороны нервной системы			

Переломы костей таза нередко сопровождаются повреждениями тазовых органов, что тоже является опасным для жизни. Неосложненные изолированные переломы тазовых костей, не сопровождающиеся общим тяжелым состоянием, должны оцениваться в зависимости от объема стойкой утраты трудоспособности или продолжительности расстройства здоровья (см. табл. 6).

Повреждение половых органов

Повреждения мужских половых органов. Повреждение мужского полового члена, сопровождающееся удалением его и приводящее к неспособности к половому сношению, оценивается как повреждение тяжкое — по признаку «потери органа» (потеря производительной способности).

Если повреждение полового члена сопровождается опасным для жизни кровотечением или тяжелым шоковым состоянием, то повреждение должно оцениваться по признаку опасности для жизни как тяжкое.

Если таких последствий не было, то при оценке повреждения следует учитывать их исход, т. е. способность к половому сношению. Если эта способность не утрачена и опасного для жизни состояния не было, то повреждение оценивается в зависимости от продолжительности расстройства здоровья.

Повреждения мошонки и яичек нередко сопровождаются тяжелым шоком. В таких случаях повреждение оценивается как тяжкое по признаку опасного для жизни состояния в момент его нанесения. Если в результате травмы яичек возникает необходимость удаления их или травма вызвала нарушение проводимости семяпроводящих путей, в результате чего возникла утрата производительной способности, — повреждение оценивается как тяжкое по признаку потери органа (потеря производительной способности).

Повреждение и удаление одного яичка не сопровождается утратой производительной способности и поэтому, если не было тяжелого шокового состояния, повреждение оценивается в зависимости от продолжительности расстройства здоровья, обусловленного этим повреждением.

Повреждение уретры оценивается в зависимости от продолжительности расстройства здоровья.

Расстройство мочеиспускания в связи с повреждением полового члена или уретры в легкой степени должно оцениваться как повреждение легкое, вызвавшее незначительную стойкую утрату трудоспособности (до 15%), в средней степени — как менее тяжкое повреждение по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности (менее 30%) и в сильной степени — как повреждение тяжкое по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности (не менее 50%).

Мочевые свищи по этому же признаку оцениваются как повреждения тяжкие.

Повреждения женских половых органов. Повреждения внутренних половых органов — тела матки, придатков — оцениваются как повреждения тяжкие, опасные для жизни в момент нанесения.

Повреждения в области шейки матки, влагалища и наружных половых органов, если они сопровождаются тяжелым шоковым состоянием или значительным кровотечением, а также нарушением способности к половому сношению или зачатию, должны оцениваться или по признаку опасности для жизни, или по признаку потери органа (производительной способности) — как тяжкие.

Пример. 7.
рой кровотока
до шейки матки
влагалища; пере
после снятия ш
Из материна
при этом потер
дома. Одежда
скорой помощи
Осмотр суде
бледные; со сто
уровне 3 часов
набухшие, красн
продолжающийся
сводов; в област
Никаких других
Выводы. Пол
шнеся значительн
потерей, относите
телесных повреж

Степень тя
ки матки опре
повреждения
денном выше
определяются

Иногда вст
вреждения вла
ним органам.
матки относят
лостным орган
органам носов

Особо след
них, несоверш
жизнью. Если
сношении или
жести повреж

Иногда та
экспертами в
изошли при р
ких-либо друг

Так, нужн
дения девстве
бых других по
ственной плев

лах 7 дней, н
ляться как ле
ства здоровья.

степень тяжес
сроку заживле
которым такое

Повреждения
т. е. открытым
Все повреж
полости и соо
жизни и по эт

Пример. Л., 19 лет, поступила в больницу в тяжелом состоянии, с явлениями острой кровопотери, по поводу разрывов правого и левого сводов влагалища (от входа до шейки матки). Экстренная операция — наложение кетгутовых швов на разрывы влагалища; переливание крови. Через 2 дня состояние Л. улучшилось и через 12 дней после снятия швов была выписана из больницы.

Из материалов дела видно, что Л. подверглась нападению и была изнасилована, при этом потеряла сознание. Была обнаружена посторонними людьми в подъезде дома. Одежда на ней и пол в подъезде были обильно запачканы кровью. Машинной скорой помощи была доставлена в больницу.

Осмотр судебно-медицинским экспертом: кожные покровы и видимые слизистые бледные; со стороны половых органов: девственная плева кольцевидной формы, на уровне 3 часов циферблата имеется выемка, достигающая до стенки влагалища; края ее набухшие, красноватые; на уровне 6 часов имеется свежий, красноватого цвета рубец, продолжающийся во влагалище и раздваивающийся в направлении правого и левого сводов; в области левой половины девственной плевы ограниченное кровоизлияние. Никаких других повреждений на теле не обнаружено.

Выводы. Полученные г-рой Л. повреждения — разрывы влагалища, сопровождавшиеся значительным кровотечением и опасным для жизни состоянием — острой кровопотерей, относятся как опасные для жизни в момент нанесения к разряду тяжких телесных повреждений.

Степень тяжести повреждений влагалища и влагалищной части шейки матки определяется по исходу, т. е. по последствиям, если, конечно, повреждения не вызвали опасного для жизни состояния, как в приведенном выше примере. Тогда по признаку опасности для жизни они определяются как тяжкие.

Иногда встречаются неправильные определения степени тяжести повреждения влагалища, обусловленные отнесением влагалища к внутренним органам. Это неправильно. Влагалище и влагалищная часть шейки матки относятся к внутренним половым органам, но не внутренним полостным органам, так же как не относится к внутренним полостным органам носовая перегородка, язык, миндалины и др. В этом разница.

Особо следует объяснить повреждения девственной плевы у малолетних, несовершеннолетних и у совершеннолетних, не живших половой жизнью. Если повреждения девственной плевы произошли при половом сношении или попытках к нему, то вопрос об определении степени тяжести повреждения девственной плевы особенно не возникает.

Иногда такой вопрос может ставиться перед судебно-медицинскими экспертами в тех случаях, когда повреждения девственной плевы произошли при развратных, хулиганских действиях или причинены при каких-либо других обстоятельствах.

Так, нужно иметь в виду, что определение степени тяжести повреждения девственной плевы производится по тем же признакам, что и любых других повреждений, т. е. по исходу. Заживление повреждений девственной плевы происходит обычно в течение первых дней — в пределах 7 дней, и по этому признаку такие повреждения должны определяться как легкие, не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья. Если же заживление затянулось на срок более 7 дней, то степень тяжести телесного повреждения опять-таки определяется не по сроку заживления, а по длительности реального расстройства здоровья, которым такое повреждение могло сопровождаться.

Повреждения позвоночника

Повреждения позвоночника могут быть проникающими и его полость, т. е. открытыми, или закрытыми.

Все повреждения, сопровождающиеся вскрытием спинномозговой полости и сообщением ее с внешней средой, являются опасными для жизни и по этому признаку должны определяться как тяжкие.

Переломы тел шейных позвонков являются опасными для жизни ■ определяются как тяжкие телесные повреждения.

Переломы тел позвонков грудного и поясничного отделов, сопровождающиеся тяжелым шоком, определяются по признаку опасности для жизни как тяжкие телесные повреждения. Если переломы позвонков этих отделов позвоночника не сопровождались опасными для жизни явлениями, то степень тяжести таких повреждений определяется по их исходу.

Степень тяжести переломов отростков позвонков всех отделов позвоночника, повреждений связочного аппарата, межпозвоночных дисков, вывихи позвонков всех отделов позвоночника, если такие повреждения позвоночника не сопровождались опасными для жизни явлениями (тяжелым шоком, сдавлением спинного мозга, травматическим его размягчением и др.), оцениваются по исходу.

Последствия закрытых повреждений спинного мозга и его оболочек, повлекшие за собой нарушение функции конечностей или расстройство функций тазовых органов, оцениваются в зависимости от степени и объема стойкой утраты трудоспособности:

— в легкой степени в связи со стойкой утратой общей трудоспособности в размере 20% — как повреждения менее тяжкие;

— в средней и сильной степени в связи со стойкой утратой от 40 до 100% трудоспособности — как повреждения тяжкие по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности не менее одной трети.

Степень тяжести последствий повреждений позвоночника, повлекших за собой ограничение его подвижности, будет различной и должна определяться по объему стойкой утраты трудоспособности:

— при легкой степени ограничения и утрате трудоспособности (до 15%) повреждение будет определяться как легкое, повлекшее за собой незначительную стойкую утрату общей трудоспособности; от 15 до 20% — как менее тяжкое, повлекшее за собой значительную стойкую утрату трудоспособности, но менее одной трети;

— при средней и сильной степени ограничения — как тяжкие телесные повреждения, повлекшие за собой значительную стойкую утрату трудоспособности — не менее трети (от 40 до 60%).

Повреждения позвоночника обычно наблюдаются при уличной транспортной травме, при падении и как производственная травма.

Может возникнуть вопрос о возможности перелома позвоночника силой человека. В практике такие наблюдения имелись ■ отношении шейного отдела позвоночника. Известны переломы шейного отдела позвоночника во время классической борьбы, самбо, при борьбе лиц, незнакомых с ее приемами. Известны переломы шейного отдела позвоночника при резком нажиме — рывке на голову руками другого человека

Повреждения конечностей

Повреждения мягких тканей конечностей могут быть различными — от поверхностных ссадин и кровоподтеков до обширных разрывов, ранений, распространенных отслоений кожи от подлежащих тканей и др.

Если повреждения мягких тканей конечностей сопровождались тяжелым шоком, развившимся непосредственно после травмы или через некоторое время, как это бывает при синдроме длительного сдавливания, т. е. опасным для жизни состоянием, то такие повреждения определяются как тяжкие.

Тяжкими
мягких тканей
Последст
и др. вызва
хотений к
утраты общ
быть от лег
способности, до
чительную с
Открытые
опасные для
жести откры
По исходу о
ностей. Посл
Рассмотр
верхних и ниж

Длительн

1. Лопатка: перел
перелом акром
смещения . . .
перелом акром
шением . . .
перелом шейки
смещением . .
2. Перелом ключи

Повреж
жизни являют
плеча. Нужн
и отростков
сти для жизни
для жизни.

Опасными
дения подмыш
вреждения лу
кровопотерю с
му признаку
повреждения з
Утрата пле
чевом суставе
движений в п
ютя стойкой
признаку дол
Ограничен
вой руки сопр
будет легким
тельную стой

Тяжкими по признаку опасности для жизни будут и повреждения мягких тканей конечностей, сопровождающиеся острой кровопотерей.

Последствия механических повреждений, ожогов, электротравм, и др., вызвавшие образование обширных рубцов, разрывов мышц, расхождений краев мышц и другие последствия, определяются по объему утраты общей трудоспособности от 10 до 50%. Следовательно, они могут быть от легких, повлекших за собой незначительную утрату трудоспособности, до тяжелых телесных повреждений, повлекших за собой значительную стойкую утрату трудоспособности — не менее одной трети.

Открытые повреждения крупных суставов не рассматриваются как опасные для жизни, но могут давать тяжкие осложнения. Степень тяжести открытых повреждений суставов должна определяться по исходу. По исходу определяется и степень тяжести вывихов в суставах конечностей. Последние в судебно-медицинской практике встречаются редко.

Рассмотрим отдельно определение степени тяжести повреждений верхних и нижних конечностей (табл. 3, 4, 5).

Таблица 3

Длительность расстройства здоровья и временной нетрудоспособности при переломах лопатки и ключицы

Локализация перелома	Длительность расстройства здоровья и временной нетрудоспособности
1. Лопатка: перелом углов и клювовидного отростка	2—5 недель
перелом акромиального отростка и шейки без смещения	3—4 недели
перелом акромиального отростка и шейки со смещением	5—6 недель
перелом шейки и суставной впадины лопатки со смещением	1½ — 2½ месяца
2. Перелом ключицы	2—6 недель

Повреждения верхних конечностей. Опасными для жизни являются открытые переломы плечевой кости и костей предплечья. Нужно только иметь в виду, что открытые переломы мыщелков и отростков этих костей должны оцениваться не по признаку опасности для жизни, а по исходу в силу того, что они не являются опасными для жизни.

Опасными для жизни и, следовательно, тяжелыми являются повреждения подмышечной, плечевой артерии и сопровождающих их вен. Повреждения лучевой, локтевой, срединной артерии, вызвавшие острую кровопотерю с опасными для жизни симптомами, определяются по этому признаку как тяжелые телесные повреждения. В остальных случаях повреждения этих сосудов определяются по исходу.

Утрата плеча, паралич верхних конечностей, неподвижность в плечевом суставе, болтающийся и ложный плечевой сустав, ограничение движений в правом плечевом суставе в сильной степени сопровождаются стойкой утратой общей трудоспособности от 40 до 75% и по этому признаку должны быть определены как повреждения тяжелые.

Ограничение движений в плечевом суставе в легкой степени для левой руки сопровождается стойкой утратой трудоспособности в 10%, т. е. будет легким телесным повреждением, повлекшим за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности.

Таблица 4

**Сроки сращения различных закрытых переломов и восстановления
трудоспособности после них**
(по Б. М. Хромову, 1960)

Вид перелома	Сроки в днях	
	сращения переломов	восстановление трудоспособности
Ключица	27—30	45—60
Плечевая кость	60—85	90—120
Лучевая кость	45—60	45—60
Локтевая кость	35—45	
Обе кости предплечья (диафиз)	60—85	90—120
Фаланги пальцев	15—20	45—60
Бедренная кость (диафиз)	70—120	120—240
Шейка бедра	100—150	150—360 ¹
Надколенник	45—60	45—90
Большеберцовая кость	70—100	75—105
Малоберцовая кость	30—40	30—45
Обе кости голени (диафиз)	75—100	90—135

¹ При оперативном способе лечения.

Таблица 5

Частота травматических переломов разных костей
(по Б. М. Хромову, 1960)

Название костей	Частота переломов (в %)	
	по данным Института имени Склифосов- ского (1936)	по данным А. В. Кап- лана (1948)
Кости головы	5,7	6,4
Кости туловища	17,45	14,8
В том числе:		
грудина	0,05	0,3
ключица	4,6	3,2
лопатка	0,9	1,2
ребра	3,6	5,3
позвоночник	5,0	2,6
таз	3,3	2,2
Кости верхней конечности	42,5	37,6
В том числе:		
плечо	9,6	7,5
предплечье	25,2	25,3
кисть и пальцы	7,7	4,8
Кости нижней конечности	33,2	39,8
В том числе:		
бедро	6,4	10,6
голень	21,2	23,8
стопа и пальцы	5,6	5,4
Прочие кости	1,15	1,4

Ограничения движений в плечевом суставе в легкой степени для правой руки, в средней — для обеих рук и в сильной степени для левой руки вызывают стойкую утрату трудоспособности от 15 до 30% и, следовательно, определяются как менее тяжкие телесные повреждения.

Перелом ключицы или лопатки, вызвавший нарушение функций в легкой степени как правой, так и левой верхней конечности, сопровождается стойкой утратой трудоспособности до 10% и определяется как повреждение легкое, повлекшее за собой стойкую утрату трудоспособности.

Нарушение функций любой верхней конечности в средней степени при переломах их костей приводит к стойкой утрате трудоспособности в размере 15—20% и определяется как менее тяжкое телесное повреждение, повлекшее за собой значительную стойкую утрату трудоспособности, но менее одной трети.

Утрата предплечья или его функций, неподвижность локтевого сустава в согнутом под острым или разогнутом под тупым углом положении, неподвижность правого локтевого сустава в согнутом под прямым углом положении; неподвижность локтевого и лучезапястных суставов, болтающийся локтевой сустав, ложный сустав лучевой и локтевой кости, ложный сустав одной из костей предплечья сопровождаются стойкой утратой трудоспособности от 40 до 75% и по этому признаку определяются как повреждения тяжкие, повлекшие за собой стойкую утрату трудоспособности не менее одной трети.

Неподвижность левого локтевого сустава, ограничение движений в локтевом, локтевом и лучезапястном суставах, ограничение движений предплечья сопровождаются стойкой утратой трудоспособности от 15 до 30% и определяются как повреждения менее тяжкие, повлекшие за собой значительную стойкую утрату трудоспособности, но менее одной трети. Исключение составляют: ограничение движений в левом локтевом суставе в легкой степени и ограничение движений левого предплечья, сопровождающиеся стойкой утратой общей трудоспособности в размере 10%. Эти повреждения будут определяться как легкие, повлекшие за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности.

Потеря одной или обеих рук, одной или обеих кистей — повреждения, тяжкие по признаку стойкой утраты трудоспособности — не менее одной трети.

Неподвижность в правом лучезапястном суставе — повреждение, тяжкое по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности — не менее трети (40%); в левом — менее тяжкое по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности, но менее трети (30%).

Последствия повреждений отдельных пальцев и сочетание повреждений нескольких пальцев определяются по таблице и могут быть от повреждений легких до тяжких, в зависимости от объема стойкой утраты трудоспособности.

Повреждения нижних конечностей. Открытые переломы бедра, большой и малой берцовых костей, повреждения бедренной, подколенной артерий и сопровождающих их вен опасны для жизни и по этому признаку определяются как тяжкие телесные повреждения.

Закрытые переломы бедра, костей голени, сопровождающиеся тяжелым шоком, опасны для жизни и относятся по этому признаку к тяжким телесным повреждениям.

Переломы мыщелков бедра, мыщелков костей голени и их отростков не относятся к опасным для жизни и определяются по исходу. Это нужно особенно подчеркнуть, так как в практике наблюдаются ошибочные определения степени тяжести таких повреждений.

Пример. Гр-н Д. получил при автоаварии открытый, многооскольчатый, внутрисуставной перелом латерального мыщелка левой большеберцовой кости, разрыв латеральной связки коленного сустава.

При осмотре хирургом в больнице гр-на Д. были обнаружены следующие изменения: суставная поверхность наружного мыщелка левой большеберцовой кости разрушена, разрушено межмыщелковое возвышение крестовидной связки, поврежден наружный мениск; оторвавшийся фрагмент наружного мыщелка большеберцовой кости левой голени сместился вверх.

Гр-н Д. в течение 6 недель находился на излечении в больнице и выписался в удовлетворительном состоянии.

Эти повреждения не были опасными для жизни, они повлекли за собой длительное расстройство здоровья свыше 4 недель и по этому признаку должны быть отнесены к менее тяжким телесным повреждениям.

Открытые повреждения тазобедренного, коленного, голеностопного суставов, хотя и дают иногда тяжкие осложнения, не относятся к опасным для жизни и определяются по исходу.

Потеря бедра, голени, стопы и ее части на уровне плюсне-предплюсневых суставов; неподвижность в тазобедренном суставе, в коленном суставе, неподвижность в голеностопном суставе не под прямым углом, болтающийся коленный сустав, несросшийся перелом (ложный сустав) бедра, голени или только большеберцовой кости; ограничение движений в тазобедренном суставе в средней степени, в коленном суставе — в сильной степени; последствия перелома бедра, костей голени, костей предплюсневой и пяточной кости в сильной степени; болтающийся голеностопный сустав; последствия повреждений нижних конечностей, сопровождающиеся тромбозом, расстройством лимфообращения в сильной степени; потеря всех пальцев одной стопы с дистальными головками плюсневых костей — все перечисленные последствия — исходы повреждений сопровождаются стойкой утратой общей трудоспособности не менее одной трети, по этому признаку относятся к тяжким телесным повреждениям.

Ограничение движений в тазобедренном суставе в легкой степени; последствия перелома бедра с нарушением функции в легкой и средней степени; последствия повреждений нижней конечности, сопровождающиеся тромбозом, расстройством лимфообращения в средней степени; ограничение движений в коленном суставе в средней степени; стойкие нарушения функций конечностей после перелома костей голени в средней степени; неподвижность голеностопного сустава в положении под прямым углом; ограничение движений в голеностопном суставе в средней и сильной степени; последствия перелома костей предплюсны, пяточной кости в средней степени; потеря большого пальца одной стопы или стойкие нарушения его функции после перелома — все эти последствия повреждений нижней конечности сопровождаются значительной стойкой утратой трудоспособности, но менее одной трети, и по этому признаку должны определяться как менее тяжкие телесные повреждения.

Как легкие телесные повреждения, повлекшие за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности, определяются следующие последствия повреждений нижней конечности: повреждения, вызвавшие тромбоз, расстройство лимфообращения в легкой степени; ограничение движения в коленном суставе в легкой степени; стойкое нарушение функций конечности после перелома кости голени в легкой степени; последствия перелома плюсневых костей, сопровождающиеся нарушением статики или постоянным болевым синдромом (в сильной степени — менее тяжкое); последствия перелома костей предплюсны, пяточной кости в легкой степени; ограничение движений в голеностопном

Таблица 6

Оценка степени тяжести отдельных повреждений ■ зависимости от опасности для жизни и размера утраты трудоспособности^{1, 2}

Голова, центральная ■ периферическая нервная система

Характер повреждения	Степень тяжести телесного повреждения	Процент утраты трудоспособности
Повреждения мягких покровов черепа: ссадины, кровоподтеки, ограниченные гематомы, раны без повреждения костей черепа и не обширные. Трещины только внутренней или только наружной пластинки костей свода черепа; перелом наружной стенки лобной пазухи (без повреждения мозга, его оболочек) и без явлений сотрясения мозга	В зависимости от длительности расстройства здоровья: до 7 дней — легкое, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья; свыше 7 дней и до 4 недель — легкое, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья	
Закрытые и открытые переломы костей черепа, проникающие раны черепа. Ушибы мозга. Сотрясение мозга тяжелой или средней степени, сопровождающиеся общим тяжелым состоянием ■ опасными для жизни явлениями	По признаку опасности для жизни — тяжкие	100
Стойкие тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга) — душевные расстройства, слабоумие, частые эпилептические припадки, параличи, атаксия, афазия, апраксия, агнозия, нарушение схемы тела, значительные вестибулярные расстройства	Тяжкие	От 70 до 80
Стойкие, но менее тяжелые болезненные явления после травмы черепа (головного мозга) — расстройства объема движений ■ силы в конечностях, нарушение координации, гиперкинезы, значительные расстройства тонуса, эпилептические припадки, значительное ослабление памяти, интеллекта, слабодушие	До 35% — менее тяжкие; свыше 35% — тяжкие	От 30 до 60
Остаточные явления после сотрясения (контузии) головного мозга — органическое поражение черепномозговых нервов, посткоммоционный невроз при наличии стойких резидуальных явлений после лечения, гормональная дисфункция, нарушение обмена, нечастые пароксизмальные синдромы, вестибулярные кризы, нечастые эпилептические припадки, расстройства специальных органов чувств — обоняния, вкуса	Менее тяжкие	От 15 до 25
Остаточные явления после сотрясения мозга (без нарушения целостности костей черепа), сопровождающиеся незначительными объективными признаками: сглаженностью носогубной складки, неравенством глазных щелей и др.	Легкие	10
Остаточные явления после ушиба головы, не подтвержденные объективными признаками при освидетельствовании, но установленные данными динамического наблюдения пострадавшего в ле-		

¹ В соответствии с таблицей определения процента постоянной утраты общей трудоспособности (Инструкция Министерства финансов СССР от 18/V 1960 г. № 153).

² Сокращения: Легкое, повлекшее за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности, — легкое.

Менее тяжкое, повлекшее за собой значительную стойкую утрату трудоспособности, но менее одной трети, — менее тяжкое.

Тяжкое, повлекшее за собой значительную стойкую утрату трудоспособности не менее одной трети — тяжкое.

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести телесного повреждения	Процент утраты трудоспособности
в учебном учреждении после несчастного случая: упорные головные боли, головокружения, раздражительность, повышенная утомляемость, расстройство сна, потливость, вегетативные симптомы и др. Последствия повреждений спинного мозга или его оболочек, сопровождающиеся нарушением функций конечностей, расстройством тазовых органов: в легкой степени в средней и сильной степени Травматический радикулит Последствия повреждений периферических нервов, сопровождающихся нарушением двигательных функций, расстройством кожной чувствительности, атрофией мышц: в легкой степени в средней и сильной степени	Легкие Менее тяжкие Тяжкие До 15% — легкое, от 15 до 25% — менее тяжкое Менее тяжкое Тяжкое	10 20 От 40 до 100 От 10 до 25 20 От 40 до 60

Органы зрения

Понижение остроты зрения (процент утраты трудоспособности)													
Острота зрения левого глаза	Острота зрения правого глаза	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	ниже 0,1	0,0
		0	5	5	5	5	10	10	15	20	25	30	35
1,0		0	5	5	5	5	10	10	15	20	25	30	35
0,9		5	5	5	5	10	10	15	15	20	30	35	40
0,8		5	5	5	10	10	15	15	20	25	30	35	40
0,7		5	5	10	10	15	15	20	20	25	35	40	45
0,6		5	10	10	15	15	20	20	25	30	35	40	45
0,5		10	10	15	15	20	20	25	30	35	40	45	50
0,4		10	15	15	20	20	25	30	35	40	45	50	55
0,3		15	15	20	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,2		20	20	25	25	30	35	40	45	55	60	65	70
0,1		25	30	30	35	35	40	45	50	60	75	80	85
Ниже 0,1		30	35	35	40	40	45	50	55	65	80	85	90
0,0		35	40	40	45	45	50	55	60	70	85	90	100

Примечание. К полной слепоте (0,0) приравнивается понижение зрения до световосприятия (счет пальцев у лица). При утрате трудоспособности до 15% — легкое; от 15 до 35% — менее тяжкое; от 35% и выше — тяжкое.

Продолжение

Характер повреждения		Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
Паралич аккомодации:			
одного глаза		Менее тяжкое	15
обоих глаз		Тяжкое	35
Одноименная гемианопсия (правая и левая или верхняя и нижняя)		Тяжкое	35
Концентрическое сужение поля зрения:			
В одном глазу	при сужении поля зрения до 60°	Легкое	10
	при сужении поля зрения до 30°	Менее тяжкое	20
	при полном сужении поля зрения или до 5°	Тяжкое	35
В обоих глазах	при сужении поля зрения до 60°	Менее тяжкое	20
	при сужении поля зрения до 30°	Тяжкое	45
	при полном сужении поля зрения или до 5°	Тяжкое	100
Птоз (опущение века) ■ другие параличи:			
Одного глаза	в средней степени	Легкое	10
	в сильной степени	Менее тяжкое	20
Обоих глаз	в средней степени	Менее тяжкое	25
	в сильной степени	Тяжкое	50
Дефект век, мешающий закрытию глазной щели:			
Одного глаза	■ средней степени	Легкое	10
	■ сильной степени	Менее тяжкое	20
Обоих глаз	в средней степени	Менее тяжкое	30
	в сильной степени	Тяжкое	60
Неполное сращение век, мешающее движению глаз:			
одного глаза		Менее тяжкое	15
обоих глаз		Тяжкое	35
Пульсирующий экзофтальм:			
в легкой, средней, сильной степени		Тяжкое	50—100
Хронический травматический конъюнктивит:			
одного и обоих глаз		Легкое	5—10

Органы слуха. Процент утраты трудоспособности при понижении слуха

Состояние слуха правого уха	Состояние слуха левого уха			
	Нормальный слух	Пониженный слух в средней степени (шепотная речь на расстоянии не больше 1 м)	Пониженный слух в сильной степени (шепотная речь 0)	Полная глухота
Нормальный слух	0	5	10	15
Пониженный слух в средней степени (шепотная речь на расстоянии не больше 1 м)	5	15	20	25
Пониженный слух ■ сильной степени (шепотная речь 0)	10	20	30	35
Полная глухота	15	25	35	50

Примечание. При утрате трудоспособности до 15% повреждение оценивается как легкое; от 15 до 35% — менее тяжкое; от 35% и выше — тяжкое.

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
Хроническое гнойное воспаление среднего уха типа мезотимпанита, эпитимпанита	Менее тяжкое	15—25
Объективные нарушения вестибулярной функции:		
в легкой степени	Легкое	10
в средней и сильной степени	Тяжкое	40—70
Потеря одной или обеих ушных раковин	Одного уха — легкое, обоих ушей — менее тяжкое	10—20
<i>Верхние дыхательные пути, органы дыхания</i>		
Потеря носа или части его	До 15% — легкое, от 15 до 30% — менее тяжкое	10—30
Нарушение носового дыхания (перелом костей носа, сращение и др.):		
в легкой степени	Легкое	10
в средней и сильной степени	Менее тяжкое	20—30
Афония (потеря голоса)	Менее тяжкое	25
Повреждения гортани, сопровождающиеся нарушением функции:		
■ легкой степени	Менее тяжкое	25
■ средней и сильной степени	Тяжкое	50—70
Потеря речи от повреждения голосовых связок и органов речи	Тяжкое	40
Затруднения речи	Менее тяжкое	15
Проникающие ранения грудной клетки с повреждением или без повреждения внутренних органов	Опасное для жизни — тяжкое	
Уменьшение подвижности грудной клетки вследствие различных скрытых повреждений ее (переломы ребер, рубцы):		
в легкой степени	Легкое	5
в средней и сильной степени	Менее тяжкое	15—30
Деформация грудной клетки, резко выраженная	Тяжкое	40
Стойкие остаточные явления после травматического плеврита, уменьшение дыхательных движений легкого, уменьшение дыхательной поверхности вследствие сращения с окружающими частями, спадения и др.:		
в легкой и средней степени	Менее тяжкое	15—30
в сильной степени	Тяжкое	60
Хронические заболевания легочной ткани и плевры в зависимости от тяжести поражения	До 35% — менее тяжкое, от 35% и выше — тяжкое	25—100
<i>Органы кровообращения</i>		
Повреждения сердца и крупных сосудов: аорты, подключичной артерии, подмышечной, плечевой, бедренных, подколенных и соответствующих им вен	Опасное для жизни — тяжкое	
Закрытые повреждения органов грудной полости	Опасное для жизни — тяжкое	

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
<i>Органы пищеварения</i>		
Проникающие ранения живота с повреждением или без повреждения внутренних органов	Опасное для жизни — тяжелое	
Сужение рта, повреждение верхней и нижней челюстей, образование слюнной фистулы, сопровождающиеся функциональными расстройствами:		
■ легкой и средней степени	Менее тяжелое	15—30
в сильной степени	Тяжелое	50
Потеря зубов в момент травмы или непосредственно после нее, когда потребовалось срочное удаление зубов:		
от 2 до 8 зубов	Легкое	5—10
свыше 8 зубов	Менее тяжелое	15—20
Состояние после лапаротомии ■ результате травмы без повреждения внутренних органов	Менее тяжелое	15
Последствия ущемления грыжи в результате травмы, потребовавшего оказания неотложной медицинской помощи	От 25 до 35% — менее тяжелое, свыше 35% — тяжелое	25—50
Завороты, повреждения брюшной полости	Опасное для жизни — тяжелое	
<i>Мочеполовая система</i>		
Расстройство мочеиспускания вследствие повреждения мочеполовых органов:		
■ легкой ■ средней степени	Менее тяжелое	15—30
■ сильной степени	Тяжелое	50
Мочевые свищи	Тяжелое	50
Последствия повреждения половых органов	От 15 до 35% — менее тяжелое, от 35% и свыше — тяжелое	15—50
<i>Кожные покровы и мышцы</i>		
Обскураживающие лицо рубцы	Легкое	10
Последствия ожогов и различных повреждений, сопровождающиеся образованием обширных рубцов, разрывов мышц, расхождений краев мышц и т. п.	До 15% — легкие; от 15 до 35% — менее тяжелые, от 35% и свыше — тяжелые	10—50
<i>Органы опоры и движений</i>		
<i>Позвоночник</i>		
Переломы шейных позвонков	Опасное для жизни — тяжелое	
Повреждения позвоночника, не сопровождающиеся опасными для жизни явлениями ■ момент травмы и имеющие последствием ограничения подвижности его:		
в легкой степени	Легкое — менее тяжелое	10—20
в средней и сильной степени	Тяжелое	40—60
<i>Таз</i>		
Последствия повреждений таза (переломы костей таза, разрывы лонного, крестцово-подвздошного сочленений и т. п.), сопровождающиеся нарушением функций:		
в легкой и средней степени	Менее тяжелое	15—30
в сильной степени	Тяжелое	60

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
<i>Верхние конечности</i> ¹		
<i>Большой палец</i>		
Дефекты мягких тканей ногтевой фаланги	Легкое	5—10
Потеря ногтевой фаланги	Для правой руки — менее тяжкое, для левой руки — легкое	15 10
Потеря ногтевой фаланги с половиной основной, потеря обеих фаланг; потеря обеих фаланг с пястной костью	Для обеих рук — менее тяжкое	15—30
Неподвижность пястно-фалангового или пястно-запястного сустава	Для правой руки — менее тяжкое, для левой руки — легкое	15 10
Неподвижность межфалангового сустава	Легкое	5—10
Неподвижность каких-либо двух суставов, всех трех суставов	Менее тяжкое	15—30
Тугоподвижность большого пальца обеих рук	Легкое	5—10
Контрактура большого пальца обеих рук в средней и сильной степени	Менее тяжкое	15—30
<i>Указательный палец</i>		
Дефекты мягких тканей ногтевой фаланги; потеря ногтевой фаланги; неподвижность первого и второго межфаланговых суставов; тугоподвижность указательного пальца	Легкое (для обеих рук)	5—10
Потеря всех трех фаланг; всех трех фаланг с пястной костью; неподвижность пястно-фалангового и первого межфалангового суставов; неподвижность всех суставов; контрактура указательного пальца в сильной степени	Менее тяжкое (для обеих рук)	15—25
Потеря ногтевой и средних фаланг; неподвижность пястно-фалангового сустава; неподвижность пястно-фалангового и второго межфалангового или первого и второго межфаланговых суставов; контрактура указательного пальца ■ средней степени	Менее тяжкое (для правой руки) Легкое (для левой руки)	15 10
<i>Средний, безымянный палец или мизинец</i>		
Потеря ногтевой фаланги, ногтевой и средних фаланг одного из этих пальцев; неподвижность пястно-фалангового или первого межфалангового сустава; неподвижность второго межфалангового сустава; неподвижность пястно-фалангового и второго межфалангового суставов; тугоподвижность одного из этих пальцев или контрактура	Легкое	5—10
Потеря одного из этих пальцев с пястной костью; неподвижность всех суставов или пястно-фалангового и первого межфалангового суставов; контрактура одного из этих пальцев ■ средней степени	Менее тяжкое (для правой руки), легкое (для левой руки)	15 10

¹ Повреждения единственной левой руки приравниваются к повреждениям правой руки.

Примечание. Потеря ногтевых и средних фаланг двух и больше пальцев приравнивается к потере целых пальцев.

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
----------------------	-----------------------------	---------------------------------

Несколько пальцев одной руки

Потеря двух пальцев одной руки:		
а) большого и указательного;	Тяжкое	40—50
б) большого со средним или с безымянным, или с мизинцем;	Тяжкое для правой руки Менее тяжкое для левой руки	40 30
в) указательного со средним или с безымянным, или с мизинцем на правой руке;	Тяжкое	35
г) на левой руке;	Менее тяжкое	25
д) среднего с безымянным или с мизинцем, или безымянного с мизинцем	Менее тяжкое (для обеих рук)	15—25
Потеря трех пальцев одной руки:		
а) большого и указательного со средним или с безымянным, или с мизинцем;	Тяжкое (для обеих рук)	50
б) большого и среднего с безымянным или мизинцем, или большого, безымянного и мизинца;		
в) указательного и среднего с безымянным, мизинцем или указательного, безымянного и мизинца;		
г) среднего, безымянного и мизинца	Менее тяжкое (для обеих рук)	25—30
Потеря четырех пальцев одной руки, потеря всех пальцев одной руки, неподвижность всех пальцев одной руки	Тяжкое (для обеих рук)	35—75
Тугоподвижность всех пальцев одной руки:		
правой	Тяжкое	35
левой	Менее тяжкое	20
Контрактура всех пальцев одной руки ■ средней и сильной степени	Тяжкое (для обеих рук)	40—60

Кисть

Потеря кисти	Тяжкое	60—75
Неподвижность лучезапястного сустава:		
правой руки	Тяжкое	40
левой руки	Менее тяжкое	30
Ограничение движения в лучезапястном суставе:		
в легкой степени для левой руки	Легкое	10
» » » правой »	Менее тяжкое	15
в средней ■ сильной степени для обеих рук	Менее тяжкое	15—25
Последствия переломов пястных костей, сопровождающиеся нарушением функции кисти или пальцев:		
в легкой степени для обеих рук	Легкое	5—10
в средней и сильной степени для обеих рук	Менее тяжкое	15—30

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
Предплечье		
Потеря предплечья, неподвижность локтевого сустава в согнутом под острым или разогнутом под тупым углом положении для правой руки; неподвижность локтевого и лучезапястного суставов, болтающийся локтевой сустав — для обеих рук	Тяжкое	40—75
Неподвижность в локтевом суставе в согнутом под прямым углом положении для левой руки	Менее тяжкое	30
Ограничение движения в локтевом суставе:		
■ легкой степени	Легкое для левой руки	10
	Менее тяжкое для правой руки	15
в средней степени	Менее тяжкое для обеих рук	15—20
Ограничение движения в локтевом и лучезапястном суставах	Менее тяжкое (для обеих рук)	25—30
Ограничение пронационных или супинационных движений предплечья:		
■ средней степени	Легкое для левой руки	10
	Менее тяжкое для правой руки	15
в сильной степени	Менее тяжкое для обеих рук	15—25
Ложный сустав одной или обеих костей предплечья	Тяжкое	30—50
Плечо		
Потеря плеча, неподвижность в плечевом суставе, болтающийся плечевой сустав, ложный сустав плеча	Тяжкое	50—75
Ограничение движений в плечевом суставе:		
для любой руки ■ легкой степени	Легкое для левой руки	10
	Менее тяжкое для правой руки	15
■ средней степени для обеих рук и в сильной для левой руки	Менее тяжкое	20—30
■ сильной степени для правой руки	Тяжкое	40
Последствия перелома ключицы или лопатки, сопровождающиеся нарушением функции:		
в легкой степени	Легкое	5—10
■ средней степени	Менее тяжкое	15—20
Потеря обеих рук или кистей	Тяжкое	100
Нижние конечности		
Пальцы		
Потеря ногтевой фаланги большого пальца. Стойкое нарушение функции большого пальца после его перелома:	Легкое	5—10
■ легкой ■ средней степени	Легкое	5—10
в сильной степени	Менее тяжкое	15
Потеря большого пальца	Менее тяжкое	15

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
Потеря какого-либо иного пальца	Легкое	5
Потеря всех пальцев одной стопы	Менее тяжкое	25
Потеря всех пальцев одной стопы с дистальными головками плюсневых костей	Тяжкое	50
Стопа		
Потеря стопы на разных уровнях; неподвижность голеностопного сустава не под прямым углом; болтающийся голеностопный сустав	Тяжкое	40—60
Неподвижность в голеностопном суставе под прямым углом	Менее тяжкое	30
Ограничение движений в голеностопном суставе:		
в легкой степени	Легкое	10
в средней и сильной степени	Менее тяжкое	15—20
Последствия перелома костей предплюсны и пяточной кости:		
в легкой степени	Легкое	10
в средней степени	Менее тяжкое	20
в сильной степени	Тяжкое	40
Последствия перелома плюсневых костей, сопровождающиеся нарушением статики или постоянным болевым синдромом	Легкое или менее тяжкое	5 15
Голень		
Потеря голени, неподвижность коленного сустава в разогнутом (под углом 180°) положении; неподвижность коленного сустава в согнутом положении; болтающийся коленный сустав	Тяжкое	45—60
Ограничение движения в коленном суставе:		
в легкой степени	Легкое	10
в средней степени	Менее тяжкое	20
в сильной степени	Тяжкое	40
Стойкое нарушение функции конечностей после перелома костей голени:		
в легкой степени	Легкое	10
в средней степени	Менее тяжкое	20
в сильной степени	Тяжкое	40
Несросшийся перелом (ложный сустав) обеих костей голени; несросшийся перелом, ложный сустав большеберцовой кости	Тяжкое	50—60
Бедро		
Потеря бедра на любом уровне; неподвижность тазобедренного сустава в разогнутом или согнутом положении:	Тяжкое	70
ограничение движений в тазобедренном суставе в легкой и средней степени	Менее тяжкое	30

Продолжение

Характер повреждения	Степень тяжести повреждения	Процент утраты трудоспособности
Последствия перелома бедра, сопровождающиеся нарушением функций костей:		
в легкой степени	Менее тяжелое	20—30
■ сильной степени	Тяжкое	40
Несросшийся перелом (ложный сустав бедра)	Тяжкое	70
Последствия повреждений нижних конечностей, сопровождающиеся тромбозом, расстройством лимфообращения и т. п.		
в легкой степени	Легкое	10
■ средней степени	Менее тяжелое	30
в сильной степени	Тяжкое	50
Открытые переломы длинных трубчатых костей	Опасное для жизни — тяжелое	

Примечание. Полные параличи конечностей приравниваются к потере их. К полной потере приравнивается также невозможность пользования поврежденной конечностью вследствие множественного поражения суставов (анкилозы, резко выраженные контрактуры), хронических изъязвлений, недостаточного прикрытия концов костей после ампутации.

суставе в легкой степени; потеря какого-либо пальца; стойкое нарушение функций большого пальца ■ легкой или средней степени.

Так определяется степень тяжести повреждений верхней и нижней конечностей по последствиям.

В табл. 6 приводятся сводные оценки степени тяжести отдельных повреждений.

ПРИМЕРЫ

Заключение судебно-медицинского эксперта по материалам дела

10 апреля 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры гор. Н., юриста III класса Петрова Ю. Г., от 9 апреля 1966 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы гор. Н. Николаев С. Г. ■ помещении Бюро провёл судебно-медицинскую экспертизу по материалам дела о несчастном случае с гражданином Силиным В. А., 46 лет.

На разрешение эксперта поставлен следующий вопрос: какие телесные повреждения имелись у гр-на Силина В. А. и какова степень тяжести этих телесных повреждений.

Обстоятельства дела и документальные данные. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы приведены следующие данные: 8 февраля 1966 г. Силину, работавшему лифтером, было предложено опустить на лифте ключом его дверь и шагнул в лифт. Так как кабина лифта отсутствовала, то Силин упал в шахту лифта со второго этажа и получил при этом телесные повреждения. Машиной скорой помощи Силин был доставлен в больницу, где находился на излечении с 8 февраля по 28 марта 1966 г.

В истории болезни нейрохирургического отделения больницы Силина В. А. имеются следующие данные: Силин поступил в больницу 8 февраля 1966 г. в 9 часов 35 минут. При осмотре Силина врачом приемного покоя отмечено: больной без сознания, на осмотр не реагирует, состояние больного крайне тяжелое, стонет. Через некоторое время стал реагировать на болевые раздражения и открывать глаза на оклик. На вопросы не отвечает. Акт глотания чрезвычайно затруднен. Пульс 67—70 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/70 мм.

Тоны сердца глухие, живот напряжен. При наружном осмотре на ощупь переломов костей туловища и конечностей не обнаружено. В области крестца справа имеются кожные ссадины. Здесь же пальпируется глубокая гематома. Тонус мышц конечностей вялый. Движения активные в левых конечностях и незначительные в правой ноге (глубокий парез). Движения в правой руке отсутствуют полностью (плегия). Глубокие рефлексы вялые, справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы справа утрачены, слева — средней живости. Кремастерные рефлексы утрачены. Симптомы Бабинского — Оппенгейма двусторонние. В теменно-затылочной области по средней линии, больше справа, обширная рвано-ушибленная рана размером 12×8 см, обильно кровоточащая. Вокруг раны имеется припухлость за счет гематомы.

9/II в 19 часов 30 минут начато ушивание ран мягких тканей черепа. В ходе операции обнаружено вдавливание костей черепа в теменной области на протяжении 6 см, расположенное впереди от ламбдовидного шва и параллельно ему. При рентгенографии черепа 8/II и 9/II 1966 г. обнаружен вдавленный перелом левой теменной кости несколько выше и кзади от теменного бугра. В последующие после поступления дни состояние больного вначале тяжелое, а затем средней тяжести. Неврологические симптомы держатся. 10/II осмотрен невропатологом, который в своем заключении отметил наличие ушиба головного мозга и открытого перелома свода черепа в теменной области. В тот же день произведена операция декомпрессионной трепанации, в ходе которой крови в области черепа не обнаружено. Постепенно состояние пострадавшего улучшалось, и 26 марта 1966 г. больной по его настойчивой просьбе выписан из больницы. При выписке рекомендовано освобождение от работы на год, ограничение жидкости и бессолевая диета; наблюдение по месту жительства. Явка в поликлинику назначена на 2 апреля 1966 г.

Диагноз больницы: рвано-ушибленная рана теменно-затылочной области, открытый перелом свода черепа в теменной области, ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние.

Диагноз при выписке: состояние после тяжелого ушиба головного мозга и вдавленного перелома свода черепа, субарахноидального кровоизлияния. Состояние после декомпрессионной трепанации левой теменно-височной области.

Выводы. На основании данных истории болезни городской больницы Силина В. А. устанавливается следующее.

1. У Силина В. А. имелся открытый вдавленный перелом теменной области свода черепа с ушибом головного мозга; ушибы туловища в области крестца. По поводу этих повреждений Силин находился на лечении в больнице, где ему с диагностической целью были произведены декомпрессионная трепанация черепа и ушивание раны мягких покровов головы.

2. Полученные Силиным повреждения — открытый перелом костей свода черепа и ушиб головного мозга — были опасными для жизни и поэтому относятся к разряду тяжких телесных повреждений.

3. Полученные Силиным повреждения могли быть получены им при падении с высоты второго этажа.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Заключение судебно-медицинского эксперта по материалам дела

19/II 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры гор. Н., юриста III класса Петрова Ю. Г., от 9/IV 1966 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы гор. Н. Николаев С. Г. в помещении Бюро провел судебно-медицинскую экспертизу и произвел осмотр гр-на Лаврентьева В. К., 27 лет, для определения происхождения и степени тяжести полученных им повреждений.

Обстоятельства дела и документальные данные. 13/II 1966 г. Лаврентьев В. К. работал на строительстве дома. Во время работы у крана, с помощью которого производилась установка блоков, лопнул трос, концом которого ударило Лаврентьева. Машиной скорой помощи Лаврентьев был доставлен в больницу, где у него обнаружено следующее: состояние очень тяжелое, больной в сознании, на вопросы отвечает односложно, стонет. Кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление не определяется. В правой половине грудной клетки ссадины размером 1×0,5 см. Определяется ненормальная подвижность акромиального отрезка правой лопатки. В области шеек IX, X, XI ребер справа и остистого отрезка I поясничного позвонка имеется незначительная эмфизема. Правое бедро ротировано кнутри, движение в нем отсутствует. Левое плечо короче правого. В средней трети его деформация и патологическая подвижность. В нижней трети

левой голени расположена рваная рана размером 15×8 см, из которой выступает эпифиз большеберцовой кости, загрязненной землей. Таранная кость также загрязнена. Левая стопа синюшная, вывихнута внутрь ■ смещена вверх. Голеностопный сустав вскрыт.

Клинический диагноз: вывих правого бедра; открытый перелом левой таранной кости с полным вывихом левой стопы; закрытый перелом левого плеча в средней трети, закрытый перелом акромиального отрезка правой лопатки. Перелом IX, X и XI ребер справа. Перелом I поясничного позвонка и поперечных отрезков I, II, III и IV поясничных позвонков слева. Шок III степени.

Больному был срочно введен морфий, перелито 400 мл консервированной крови А (II) группы и 600 мл полиглюкина. Под общим эфирным наркозом вправлен вывих правого бедра. Таранная кость вымыта перекисью водорода, правая бедренная кость — стрептомицином. Произведены вправление перелома, капиллярный дренаж и наложены 4 шва на кожу, гипсовая лонгета. Произведена репозиция левого плеча и наложена гипсовая повязка. Левая нижняя конечность наложена на шину Беллера. Перелито еще 1000 мл полиглюкина.

На рентгенограмме 13/II 1966 г. обнаружено: 1) поперечный перелом поперечных отростков всех поясничных позвонков справа с хорошим стоянием; 2) небольшой подвывих I поясничного позвонка. По-видимому, имеется перелом его; 3) перелом крыла правой подвздошной кости с образованием осколка размером до 2,5 см; 4) поперечный перелом левого плеча в средней трети со смещением отломка на диаметр латерально; 5) перелом левой пяточной кости с хорошим стоянием и поперечный перелом акромиона правой лопатки.

При осмотре 19/II состояние больного тяжелое, пульс 80 ударов ■ минуту, имеется кровохарканье.

Выводы. У гр-на Лаврентьева В. К. имеется перелом I поясничного позвонка, множественные переломы остистых отростков поясничных позвонков, вывих правого бедра, перелом левого плеча, переломы костей левой стопы. Эти повреждения вызвали шок III степени, т. е. опасное для жизни состояние, ■ по этому признаку должны быть квалифицированы как тяжкие телесные повреждения. Такие повреждения могли быть получены от удара лопнувшим тросом.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Заключение судебно-медицинского эксперта

27/I 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры гор. Н., юриста III класса Петрова Ю. Г., от 26/I 1966 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы Н-ской области Николаев С. Г. в помещении Бюро произвел осмотр гр-на Миронова К. Д., 38 лет, для определения характера и степени тяжести имеющихся у него повреждений.

Перед экспертом поставлен вопрос: к какому разряду относятся телесные повреждения, причиненные гр-ну Миронову.

Обстоятельства дела и документальные данные. В постановлении о назначении экспертизы указано, что 7/XII 1965 г. примерно в 16 часов Ермолов Ю. Ф. избил гр-на Миронова. Последний с диагнозом «закрытый перелом левой локтевой кости и закрытый перелом IX—X ребер слева» был доставлен ■ городскую больницу.

В истории болезни № 0000 записано, что Миронов поступил 7/XII 1965 г. в 18 часов с жалобами на боли ■ области левого предплечья, деформацию его, боли в области грудной клетки слева. Он рассказал, что был избит группой хулиганов, при их преследовании ему был нанесен удар лыжей по левому предплечью. Почувствовав резкую боль в левом локтевом суставе, он обратился ■ поликлинику, откуда машиной скорой помощи был отправлен в больницу.

При поступлении обнаружено: общее состояние удовлетворительное, со стороны внутренних органов патологических изменений не найдено. Область левого локтевого сустава и верхней половины предплечья деформирована и увеличена в объеме, имеются кровоподтеки. По локтевой стороне средней трети предплечья отмечается выпячивание размером 6×4 см. Здесь же при пальпации прощупываются резко болезненные отломки локтевой кости. Движения ■ локтевом суставе резко ограничены и болезненны. Пульс на лучевой артерии сохранен, хорошего наполнения. Двигательных и чувствительных расстройств на левой кисти не определяется. Левая половина грудной клетки при дыхании отстает. При пальпации отмечается локальная болезненность в области IX—X ребер слева по лопаточной линии.

На рентгенограммах левого предплечья и левого локтевого сустава определяется косой перелом локтевой кости со смещением отломков и полный вывих верхнего конца лучевой кости. На мокрых рентгенограммах грудной клетки повреждения ребер не определяются.

Диагноз: закрытый косой перелом левой локтевой кости в средней трети со смещением отломков. Полный вывих верхнего конца левой лучевой кости. Закрытый перелом IX—X ребер по лопаточной линии слева.

В 19 часов 40 минут 7/XII 1965 г. под местной анестезией (раствор новокаина) с помощью аппарата произведена репозиция костных отломков, вправлен вывих верхнего конца лучевой кости. После этого левая рука иммобилизована циркулярной гипсовой повязкой, начиная с основания пальцев левой кисти и до верхней трети левого плеча.

При рентгенографии 9/XII 1965 г. отмечен косой перелом левой локтевой кости на границе средней и верхней трети со смещением дистального отломка вверх и кпереди и под углом, открытым в медиальную сторону; полный вывих головки лучевой кости вверх и кпереди.

Учитывая неудовлетворительное состояние костных отломков левой локтевой кости и вывих головки лучевой кости 9/XII 1966 г. была произведена повторная репозиция костных отломков левой локтевой кости и устранен вывих левой лучевой кости. Вновь наложена гипсовая повязка на левую руку.

На рентгенограммах от 10/XII 1965 г. был выявлен перелом X ребра слева по лопаточной линии без смещения отломков.

За время пребывания Миронова в больнице состояние его было удовлетворительным. Проводилось необходимое лечение. ■ местах перелома было отмечено образование костной мозоли.

31/XII 1965 г. Миронов был выписан с предоставлением отпуска по болезни на 30 дней.

Выводы. Гр-ну Миронову К. Д. были причинены следующие повреждения: закрытый перелом левой локтевой кости ■ средней трети, вывих головки левой лучевой кости, закрытый перелом X ребра по лопаточной линии слева.

Эти повреждения не были опасными для жизни ■ момент их причинения, но вызвали длительное расстройство здоровья — свыше 4 недель и поэтому признаку относятся к менее тяжким телесным повреждениям.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права ■ обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Заключение судебно-медицинского эксперта

18/I 1967 г. на основании отношения Народного суда 2-го участка гор. Н. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы Н-ской области Николаев С. Г. ■ помещении Бюро произвел осмотр гр-на Кузнецова Анатолия Семеновича, 1931 г. рождения, для определения степени тяжести телесных повреждений и механизма их возникновения.

Обстоятельства дела и документальные данные. Гр-н Кузнецов рассказал, что 1/I 1967 г. утром во время ссоры с соседом получил несколько ударов по лицу кулаком и упал с лестницы. Машиной скорой помощи был доставлен в больницу, где пробыл до 15/I 1967 г.

Жалобы в настоящее время: боли ■ левой половине головы, правом коленном суставе и периодические носовые кровотечения.

Объективное исследование: ■ области левой брови имеется линейный розоватого цвета рубец длиной 4 см, идущий параллельно краю орбиты. Рубец несколько болезнен при ощупывании, спаян с подлежащими тканями. Выше и ниже рубца, по его краям, имеются белесоватые точечные участки (следы хирургических швов). Область правого коленного сустава без видимых изменений, при ощупывании отмечается некоторая болезненность в области внутреннего мыщелка большеберцовой кости.

В истории болезни № 0000 больницы указано, что Кузнецов поступил 1/I 1967 г. в 10 часов 50 минут с жалобами на головокружение, головную боль, поташивание и рвоту. При осмотре установлено: пульс 106 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 140/100 мм. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий при ощупывании. Печень не увеличена, селезенка не прощупывается. На лице ■ области верхнего и нижнего век правого глаза гематома. На левой надбровной дуге рвано-ушибленная рана. Сознание ясное. Левый зрачок шире, чем правый. Реакция на свет живая. Имеются двусторонние нистагмические реакции. Левая носогубная складка сглажена, девиация языка

влево. Брюшные рефлексы отсутствуют. Сухожильные рефлексы на нижних конечностях живые. Подошвенные рефлексы не вызываются. Оболочечных симптомов нет. Диагноз: закрытая травма головного мозга, сотрясение головного мозга; рвано-ушибленная рана левой надбровной дуги.

В приемном отделении произведена хирургическая обработка раны левой надбровной дуги. Рана инфильтрирована антибиотиками, наложено три шелковых шва.

Рентгенография черепа от 1/I 1967 г. Форма черепа обычная, кости свода ровные, средней толщины, без повреждений. Рельеф внутренней костной пластинки без особенностей. Турецкое седло обычных размеров и формы, с ровными контурами.

За время пребывания Миронова К. Д. в больнице состояние его было удовлетворительным; он получал люминал, глюкозу внутривенно. При анализах крови и мочи отклонений от нормы не обнаружено. 15/I 1967 г. Миронов ■ удовлетворительном состоянии был выписан с освобождением на 10 суток от работы. Окончательный диагноз: сотрясение головного мозга легкой степени; рвано-ушибленная рана ■ области левой надбровной дуги.

Выводы. У гр-на Миронова К. Д. имелись следующие повреждения: рвано-ушибленная рана ■ левой надбровной области, кровоподтек ■ области века правого глаза, сотрясение головного мозга легкой степени, которые могли возникнуть как ■ результате ударов твердыми тупыми предметами, так и при ударах о твердые тупые предметы.

Эти повреждения вызвали кратковременное расстройство здоровья более 7 дней, но не свыше 4 недель, и по этому признаку относятся к легким телесным повреждениям с кратковременным расстройством здоровья.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Определение степени тяжести телесных повреждений при ожогах, охлаждениях, поражениях электрическим током, отравлениях

Повреждения, возникшие от действия крайних температур и электрического тока, отравлений, оцениваются так же и по тем же признакам, как и повреждения от механических причин.

ПРИМЕРЫ

Заключение судебно-медицинского эксперта

1/VI 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры гор. Н., юриста III класса Петрова Ю. Г., от 31/V 1966 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы гор. Н. Николаев С. Г. в помещении Бюро осмотрел гр-на Соловьева П. И., 22 лет, для определения степени тяжести телесных повреждений.

Обстоятельства дела и документальные данные. Из постановления следователя известно, что гр-н Соловьев работал на строительстве недалеко от автокрана, которым укладывались балки. Автокран стоял ■ 10—12 м от электролинии высокого напряжения. Во время поворота стрелы автокрана в ней возник электрический ток, так как кран ввиду дождливой погоды попал в магнитное поле. Соловьев, который держал руку на стопорном болте, был притянут к крану и отброшен на железную деталь, к которой он прикоснулся ягодицами и бедрами. Сознание не терял, получил ожоги, с которыми и был доставлен тут же ■ больницу. Это произошло 29/IV 1966 г.

Из истории болезни № 0000 видно, что Соловьев П. И. поступил в больницу 29/IV 1966 г. ■ 8 часов 30 минут.

При осмотре было обнаружено следующее: ожог обеих ягодиц, промежности, левого бедра, задней поверхности правого бедра, правого предплечья. Общее состояние тяжелое. Тут же Соловьеву была оказана первая медицинская помощь.

6/V 1966 г. Соловьев для дальнейшего лечения был переведен в клинику, где при осмотре были обнаружены обширные дефекты мягких тканей ■ области обеих ягодиц, промежности и бедер. Некроз охватывает мышцы на ягодицах ■ на левом бедре на протяжении 19 см, а также и на правом бедре. Обнажены бедренные кости. Мышцы в окружности серого цвета. Вокруг некрозов глубокий отек. Общее состояние тяжелое ■ связи с анемией гемолитического характера и септициемией. На предплечьях некроз доходит до сухожилий. В дальнейшем неоднократно возникали кровотечения

в области пораженных участков. Производились пересадки кожи, которые в большинстве своем прижились.

Окончательный диагноз: ожог IV степени 17% поверхности тела, захватывающий оба бедра, ягодицы и предплечья. Сепсис, анемия, артериальное течение из сосудов левого бедра. Правосторонняя пневмония и септицемия.

Выводы. На основании данных истории болезни и судебно-медицинского обследования гр-на Соловьева П. И. следует: у Соловьева П. И. имеются ожоги IV степени многократным течением из сосудов, общим заражением организма и правосторонним воспалением легких. Полученные Соловьевым ожоги сопровождались опасным для жизни состоянием и по этому признаку должны быть отнесены к тяжким телесным повреждениям. Ожоги Соловьеву были причинены действием электрического тока высокого напряжения.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Заключение судебно-медицинского эксперта

17/II 1967 г. на основании постановления следователя прокуратуры гор. Н., юриста III класса Семенова А. Ф., от 16/II 1967 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы гор. Н. Колоколов П. К. ознакомился с материалами дела и произвел осмотр гр-ки Рябовой Инны Кирилловны, 16 лет, для определения степени тяжести телесных повреждений, возникших у нее в связи с охлаждением.

Обстоятельства дела и документальные данные. 15/II 1967 г. гр-ка Рябова возвращалась с железнодорожной станции домой в поселок С., расположенный в 5 км от станции. По дороге к Рябовой стал приставать пьяный житель того же поселка Кондратов И. Г., который ударил ее несколько раз рукой по голове. Рябова, испугавшись, убежала. Кондратов вначале преследовал ее, а затем отстал. Рябова, пробежав еще некоторое расстояние, выбилась из сил, упала и потеряла сознание. Через некоторое время она была обнаружена несколькими жителями этого поселка лежащей в снегу и была ими доставлена в больницу.

В истории болезни № 0000 больницы имеется следующая запись: «Рябова И. К., 16 лет, доставлена 15/II 1967 г. в 18 часов в бессознательном состоянии. Запаха алкоголя при ее дыхании не определяется. Дыхание ослабленное; сердце — тоны чистые, пульс частый — 96 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов никаких изменений не отмечается. У угла левого глаза кровоподтек диаметром около 1 см, на подбородке 2 небольшие ссадины, левая голень, стопа, I и II пальцы ее резко синюшные, нижние конечности на ощупь холодные, пассивные движения в верхних и нижних конечностях свободны. Оказаны необходимые лечебные мероприятия. Больная обложена грелками, укрыта, введен 40% раствор глюкозы. Через час (в 19 часов) больная стала стонать, появились активные движения в верхних и нижних конечностях. Пульс слабый, очень частый, не поддается подсчету. 16/II больная пришла в сознание, жалуется на некоторую слабость, аппетит удовлетворительный, отмечается боль при глотании. Кожные покровы розовые, слизистая нормальной окраски, тоны сердца чистые, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. Со стороны внутренних органов никаких особых изменений не отмечается. Пальцы левой стопы синюшные, на I и II пальцах эпидермис приподнят в виде пузыря синюшного цвета, содержащего кровянистую жидкость. Обе стопы синюшные, отечны. На тыле левой кисти и на I и II пальцах правой кисти такого же характера пузыри. Кожа в окружности пузыря синюшная, припухшая. Пузыри на кистях и стопах вскрыты, наложены стерильные повязки, назначены антибиотики.

В последующие дни общее состояние удовлетворительное, на пальцах левой стопы ногти отошли, поверхности участков отморожения постепенно эпителизировались и 14/III 1967 г. гр-ка Рябова была выписана в удовлетворительном состоянии.

Диагноз: общее глубокое охлаждение организма, отморожение II и III степени I, II, III пальцев левой стопы, отморожение II степени пальцев левой кисти.

При осмотре экспертом жалоб в настоящее время не предъявляет. Кожа обеих стоп синюшная, гладкая, на обеих стопах в месте отморожения эпителизирующиеся участки. Движения в пальцах обеих стоп, обеих кистей, в голеностопных, лучезапястных суставах в полном объеме.

Выводы. На основании данных истории болезни гр-ки Рябовой И. К., 16 лет, и при ее осмотре можно установить, что она поступила в больницу 15/II 1967 г. в состоянии общего глубокого переохлаждения организма с отморожениями II и III степени в об-

ласти верхних ■ нижних конечностей. Состояние общего переохлаждения, в котором находилась гр-ка Рябова, является опасным для жизни и по этому признаку его следует отнести к тяжким телесным повреждениям. Обнаруженные у нее ограниченные отморожения II и III степени верхних и нижних конечностей повлекли за собой длительное расстройство здоровья без стойкой утраты общей трудоспособности.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права ■ обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Заключение судебно-медицинского эксперта

21 января 1967 г. на основании постановления следователя прокуратуры гор. Н. юриста III класса Петрова Ю. Г., от 20 января 1967 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы гор. Н. Николаев С. Г. произвел осмотр гражданина Иванова Ю. Н., 22 лет, для определения степени тяжести телесного повреждения ■ связи с отравлением.

Обстоятельства дела ■ документальные данные. Гр-н Иванов Ю. Н. взял из радиатора автомашины антифриз и выпил его около 50 г. Через несколько часов он почувствовал головную боль, головокружение и боли ■ подложечной области. С этими жалобами Иванов обратился в больницу, где у него было обнаружено следующее. Общее состояние удовлетворительное, ориентируется в окружающей обстановке правильно. Кожные покровы бледные, пульс 64 удара ■ минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 145/70. Границы сердца не расширены, тоны чистые, ясные. Со стороны легких патологии не обнаружено. Живот мягкий и безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме, моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Диагноз: отравление антифризом в легкой степени.

Была оказана в срочном порядке первая помощь и проводилось лечение: промывание желудка 2% раствором соды, сифонная клизма, кровопускание 250 мл, введен внутривенно 30% раствор тиосульфата натрия 25 мл, 5% раствор двууглекислой соды 500 мл. Подкожно — 5% раствор глюкозы и физиологический раствор 400 мл, кофеин, камфарное масло. В промывных водах обнаружено наличие этиленгликоля. В дальнейшем наблюдении никакой патологии не обнаружено. Жалоб на предъявлял. Через 10 дней выписан в удовлетворительном состоянии.

Осмотр экспертом: рост 168 см, правильного, крепкого телосложения, вполне удовлетворительного питания, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Пульс 64 удара ■ минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальное давление 120/60 мм. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Сон и аппетит хорошие; стул и мочеиспускание без особенностей. В обстановке хорошо и быстро ориентируется, на вопросы отвечает осмысленно.

В постановлении следователя эксперту предложены следующие вопросы:

- 1) является ли ядовитым антифриз (этиленгликоль);
- 2) мог ли отравиться Иванов антифризом, учитывая, что последний был разбавлен наполовину водой и что Иванов выпил 50 мл разбавленного антифриза;
- 3) какова степень тяжести болезненных расстройств у Иванова.

Выводы. На основании материалов, изложенных в постановлении и истории болезни, а также объективных данных, полученных при осмотре Иванова, следует:

1. Антифриз представляет собой смесь этиленгликоля (55%) и воды (45%). Этиленгликоль — ядовитое вещество (сосудистый и протоплазматический яд). Симптомы отравления проявляются уже при приеме 50 мл антифриза. Смертельная доза антифриза от 100 до 200 мл.

2. Иванов имел легкую степень отравления при употреблении около 50 мл антифриза. Это подтверждается клинической картиной, наличием рвоты, головокружения и других симптомов, ■ также судебно-химическим исследованием промывных вод, в которых был обнаружен этиленгликоль.

3. Отравление антифризом у Иванова повлекло за собой расстройство здоровья менее 7 дней и по этому признаку должно быть отнесено к разряду легких повреждений, не повлекших за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

ПРИМЕР НЕПРАВИЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

В больницу была доставлена девочка С. Нина со следующими повреждениями: разрыв I степени промежности, разрыв девственной плевы, разрывы слизистой в области перехода малых половых губ в стенку влагалища с обеих сторон, разрывы у основания малых половых губ с обеих сторон, продолжающиеся до клитера и далее вокруг мочеиспускательного канала с обеих сторон; поперечный разрыв области заднего свода, переходящий на стенки влагалища без проникновения в брюшную полость. Девочка пробыла на излечении в больнице 3 недели, была выписана и стала посещать школу.

Судебно-медицинский эксперт на основании описания повреждений в истории болезни пришел к следующим выводам: «У девочки С. Нины имелись описанные выше повреждения, по поводу которых в больнице ей была произведена операция ушивания разрывов влагалища и промежности.

Женские половые органы состоят из двух отделов — внутренних и наружных половых органов. Влагалище относится к внутренним половым органам и его повреждение расценивается так же, как и повреждение других внутренних органов. Поэтому имевшиеся у С. Нины повреждения — разрывы стенки и свода влагалища — являются опасными для жизни и по этому признаку относятся к тяжким телесным повреждениям».

Это заключение судебно-медицинского эксперта ошибочно потому, что он отнес влагалище к внутренним органам и на этом основании определил повреждения как тяжкие. На самом деле к внутренним органам, повреждения которых должны быть оценены как опасные для жизни, относятся органы, расположенные в замкнутых полостях груди, живота. Что же касается влагалища, то оно действительно относится к внутренним половым органам, но не относится к тем внутренним органам, которые понимаются Правилами по определению степени тяжести телесных повреждений и травма которых является опасной для жизни. Влагалище имеет непосредственно постоянное сообщение с внешней средой, так же как и полость носа, полость рта, слизистая полости носа. Язык, миндалины также относятся к внутренним органам. Однако их повреждение не может оцениваться по признаку опасности для жизни, а должно оцениваться по исходу, по тем последствиям, которые повреждения этих органов вызывают. Точно так же должно оцениваться и повреждение влагалища, не проникающее в брюшную полость, т.е. по исходу, а не по признаку опасности для жизни.

В данном случае повреждения половых органов у девочки С. Нины не были опасными для жизни в момент причинения, не было таким и ее состояние при поступлении в больницу, следовательно, не было признака опасности для жизни. Исходом же повреждения было расстройство здоровья свыше 7 дней, но не свыше 4 недель. По этому признаку обнаруженные у девочки С. Нины повреждения должны быть квалифицированы как повреждения легкие, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья.

Глава VII

ДРУГИЕ ВОПРОСЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Действия судебно-медицинского эксперта при невозможности дать заключение о степени тяжести телесного повреждения. При невозможности дать заключение в связи с неопределившимся исходом повреждения судебно-медицинский эксперт указывает в своем заключении необходимость повторного обследования через определенный срок.

При необходимости привлечения специалистов (травматолога, невропатолога и др.) для определения характера последствий повреждений судебно-медицинский эксперт производит осмотр потерпевшего и составляет заключение совместно с ними или использует данные исследований специалистов в своем заключении, соблюдая при этом установленный процессуальный порядок.

При невозможности дать заключение о степени тяжести телесного повреждения ввиду сложности дела судебно-медицинский эксперт направляет материалы дела начальнику Бюро судебно-медицинской экспертизы. В своем заключении судебно-медицинский эксперт в таких случаях определяет свойства повреждения, механизм их возникновения и другие данные.

Составление заключений о степени тяжести телесных повреждений с неопределившимся исходом. Судебно-медицинские эксперты испытывают значительные трудности при исследовании потерпевших в ближайшие дни после получения травмы и с такими повреждениями, исход которых может быть определен лишь через несколько недель.

Степень тяжести таких телесных повреждений, если они не опасны для жизни, не может быть определена в ближайшие дни, а иногда даже недели после травмы. Чаще всего такая травма встречается при автопроисшествиях.

Сроки следствия заставляют органы расследования и Государственную автоинспекцию предъявлять к судебно-медицинским экспертам жесткие требования о сроках проведения экспертизы. Эксперт же не может дать заключения, так как исход повреждения не определился. При этом эксперты нередко совершают ошибку и, уступая настояниям следователя, составляют заключение.

В одних случаях в «предварительном» заключении определяется степень тяжести телесного повреждения «в настоящее время»; в других — указывается, что «вообще подобные повреждения имеют такой-то исход, поэтому данное повреждение по степени тяжести относится к таким-то».

И в том и в другом случае заключения являются ошибочными логически и поэтому неправильными по существу.

1. Степень тяжести повреждения не должна быть «предварительно» одной, а затем «постоянно» другой. Она может быть только одной и постоянной, в зависимости от опасности повреждения для жизни или его исхода. Пока исход не опасного для жизни повреждения не определился, степень его тяжести не может быть установлена. Такое «предварительное» определение степени тяжести телесного повреждения ничего не дает и следователю. «Предварительное» заключение не может явиться основанием для юридической квалификации действия, как не может быть связи с этим и «предварительного» осуждения с последующим пересмотром решения суда после окончательного заключения эксперта. Следовательно, «предварительного» заключения не следует давать.

2. Второй тип заключений, в которых указывается, что «такие повреждения вообще имеют такой исход, поэтому данное повреждение следует отнести к таким-то», ошибочен и не может быть принят судом. Следователю и суду важно и нужно знать не исход таких повреждений вообще, а исход повреждения у данного лица для правильной квалификации действий обвиняемого, причинившего такое повреждение пострадавшему. Именно за причинение этого повреждения потерпевшему обвиняемый и должен нести ответственность, а не за повреждение вообще.

Однако заключение эксперта крайне необходимо для дела и дальнейших следственных действий. Как же быть?

Выход из затруднительного положения только один: заключение эксперта должно разъяснять следователю и суду, почему в данном конкретном случае не может быть определена степень тяжести телесного повреждения и через какой срок она определится.

В заключении эксперт может указать, каков обычно исход таких повреждений. Но при этом обязательно следует подчеркнуть, что в данном

конкретном случае заключение может быть дано лишь после того, как определится исход.

Затруднения в определении степени тяжести телесных повреждений встречаются обычно при переломах костей конечностей, таза, позвоночника, обширных ранах, повреждениях нервов.

Там, где телесное повреждение имеет признаки опасного для жизни, этот признак является решающим и по нему следует давать заключение без какой-либо задержки.

Для повреждений, не опасных для жизни, с неопределившимся исходом, могут быть предложены примерные заключения.

I. При переломах костей таза. Заключение (при освидетельствовании через 12 дней): «У гр-на О., 60 лет, обнаружены следующие повреждения: перелом левой половины таза в области суставной впадины с небольшим внедрением головки бедра, перелом левой седалишной кости с незначительным смещением. Эти повреждения не были опасными для жизни. В настоящее время определить исход повреждений, ■ следовательно, и степень их тяжести не представляется возможным. Они повлекут за собой безусловно длительное расстройство здоровья. Если исход повреждения ограничится только длительным расстройством здоровья, то повреждения будут менее тяжкими. Заключение может быть дано через 4—5 недель, когда более ясно определится исход повреждения».

Заключение: «Гр-н Р., 57 лет, получил следующие повреждения: перелом правой лобковой и седалишной костей таза без смещения отломков; ушибленную рану левой теменной области. Была кратковременная потеря сознания, легкое сотрясение мозга. В течение 2 недель состояние удовлетворительное. Полученные Р. повреждения не опасны для жизни. Заключение о степени тяжести этих повреждений в настоящее время дать нельзя. При благоприятном течении полученных Р. повреждений они не должны вызвать значительной стойкой потери трудоспособности, а последствием их будет длительное расстройство здоровья. В таком случае они будут отнесены к менее тяжким телесным повреждениям. Окончательное заключение может быть дано после того, как определится исход повреждения, примерно через 3—4 недели».

Заключение: «У девочки Б., 9 лет, при поступлении были обнаружены повреждения: ушибленная рана в лобковой области слева; перелом седалишной кости и правой лобковой кости, растяжение лонного сочленения и правого крестцово-подвздошного сочленения с небольшим опущением нижнего угла подвздошной кости. По заключению невропатолога имел место легкий коммоционный синдром. Полученные девочкой Б. повреждения не вызвали опасного для жизни состояния. Они не вызвали и значительного расстройства здоровья, которое должно повлечь за собой впоследствии такое нарушение функций, которое будет связано ■ будущем со значительной стойкой утратой трудоспособности. Следовательно, эти повреждения не имеют признаков тяжелого телесного повреждения. Если последствием их будет только длительное расстройство здоровья, они будут расценены как менее тяжкие. Окончательное заключение о степени тяжести полученных Б. телесных повреждений может быть дано при повторном освидетельствовании ее при определившемся исходе повреждений».

II. При переломах костей нижних конечностей. Заключение: «У гр-на К., 32 лет, обнаружен двойной открытый перелом костей правой голени. Такое повреждение является опасным для жизни и по этому признаку должно быть отнесено к тяжким телесным повреждениям».

Заключение: «У мальчика К., 8 лет, обнаружен перелом левого бедра и перелом левой большеберцовой кости. Оба перелома со смещением. К. поступил в тяжелом шоковом состоянии, продолжавшемся около 2 суток. Полученные К. повреждения сопровождались опасным для жизни шоковым состоянием и поэтому относятся к тяжким телесным повреждениям».

Заключение: «Гр-ном Ф., 32 лет, были получены следующие повреждения: закрытый оскольчатый перелом средней трети правого бедра со смещением отломков по длине; ушибленная рана правой голени. Была проведена операция. В течение последующих 10 дней состояние удовлетворительное. Полученные Ф. повреждения не опасны для жизни. В настоящее время нельзя установить исход перелома бедра, т. е. будет ли у Ф. значительная стойкая потеря общей трудоспособности или в связи с повреждением будет иметь место только длительное расстройство здоровья. Поэтому не может быть определена и степень тяжести полученного Ф. повреждения. Окончательное заключение может быть дано через 5—7 недель».

Заключение: «У гр-на М., 47 лет, обнаружены следующие повреждения: поперечный перелом правого бедра со значительным расхождением отломков, обширная лоскутная рана левой голени. При освидетельствовании через 3 недели состояние удовлетворительное. Эти повреждения не были опасными для жизни. Определить исход повреждений у гр-на М. в настоящее время нельзя, поэтому невозможно определить

и степень тяжести полученного повреждения. Это может быть сделано лишь при наметившемся исходе, примерно через 4—5 недель».

Заключение: «У гр-на М., 51 года, обнаружены перелом бедра в верхней трети со смещением отломков и трещина вертлужной впадины. Эти повреждения не опасны для жизни. В настоящее время установить исход повреждений, и следовательно, и степень их тяжести не представляется возможным. Окончательное заключение может быть дано, когда станет более определенным исход повреждений,— через 5—6 недель».

Заключение: «У гр-на Б., 38 лет, были обнаружены следующие повреждения: внутрисуставной перелом левой большеберцовой кости без смещения отломков, гемартроз левого коленного сустава. При освидетельствовании через 10 дней состояние удовлетворительное. Ходит с костылями. Полученные Б. повреждения не опасны для жизни. При благоприятном заживлении они не вызовут значительной стойкой утраты общей трудоспособности, а лишь длительное расстройство здоровья, и при таком исходе будут расценены как повреждения менее тяжкие. Окончательное заключение может быть дано только при определившемся исходе повреждения, примерно через 5—6 недель».

Заключение: «У девочки Т., 11 лет, обнаружен поперечный перелом нижней трети большеберцовой кости. Состояние отломков хорошее. Через 10 дней ходит и гипсе на костылях и выписана на амбулаторное лечение. Полученное девочкой Т. повреждение не опасно для жизни и по состоянию пострадавшей в настоящее время не должно вызвать в будущем значительной стойкой утраты общей трудоспособности. При таком исходе повреждение будет отнесено к менее тяжким, как вызвавшее длительное расстройство здоровья. Однако окончательное заключение может быть дано лишь при определившемся исходе, примерно через 4—5 недель».

Заключение: «У мальчика М., 14 лет, обнаружены следующие повреждения: рваная рана верхней трети внутренней поверхности правого бедра и промежности и закрытый перелом эпифиза большеберцовой кости. При поступлении сознание ясное, состояние удовлетворительное, бодрое. При освидетельствовании через 8 дней состояние хорошее. Жалоб нет. Сон и аппетит хорошие. Полученные М. повреждения не опасны для жизни. Судя по состоянию М. в настоящее время, они не должны вызвать в будущем стойкой утраты трудоспособности и в связи с длительным расстройством здоровья будут квалифицироваться как менее тяжкие. Окончательное заключение может быть дано через 3—4 недели при определившемся исходе».

Заключение: «У гр-на Е., 38 лет, обнаружен закрытый перелом обеих костей правой голени со смещением отломков. Угловое смещение отломков ликвидировано, боковое смещение отломков сохранилось. Эти повреждения не опасны для жизни. При благоприятном заживлении они не должны вызвать значительной стойкой утраты трудоспособности и при таком исходе будут отнесены к менее тяжким, как причинившие длительное расстройство здоровья. Однако в настоящее время определить исход повреждения еще нельзя. Окончательное заключение может быть дано лишь при определившемся исходе, через 4—6 недель».

Заключение: «У девочки Н., 11 лет, обнаружен внутрисуставной перелом эпифиза правой большеберцовой кости без смещения. Через 11 дней выписана для амбулаторного лечения. Полученное Н. повреждение не опасно для жизни и, судя по течению заживления, не должно вызвать стойкой значительной утраты трудоспособности в дальнейшем, поэтому, как вызвавшее длительное расстройство здоровья, оно должно быть отнесено к менее тяжким».

Заключение: «У гр-на С., 59 лет, обнаружены следующие повреждения: перелом внутренней лодыжки левой большеберцовой кости, перелом левой лопатки. Общее состояние при освидетельствовании на следующий день удовлетворительное. Полученные С. повреждения не опасны для жизни, не вызовут стойкой значительной утраты трудоспособности. В связи с длительным расстройством здоровья эти повреждения должны быть отнесены к менее тяжким».

III. При обширных повреждениях мягких тканей. Заключение: «Девочкой Б., 4 лет, были получены обширная рана левой голени с повреждением сухожилий стопы, деформацией пяточной кости и повреждения других костей стопы. В дальнейшем развилось омертвление сухожилий стопы и других мягких тканей и раневое истощение. При освидетельствовании Б. через 3 месяца после происшествия заживление раны еще не закончилось. Имеется деформация стопы. Опирается на нее девочка не может. Полученные девочкой Б. повреждения повлекли за собой длительное расстройство здоровья, соединенное со значительным нарушением функции левой ноги, что в будущем даст значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее одной трети. Поэтому полученные ею повреждения относятся к разряду тяжких».

IV. При повреждениях позвоночника. Заключение: «Полученные мальчиком Л., 15 лет, повреждения — закрытый компрессионный перелом VI—VII и VIII грудных позвонков в момент получения и в дальнейшем не сопровождались опасными для жизни явлениями. Не имеется в настоящее время и данных, указывающих на то, что повреждения позвоночника вызовут значительную стойкую утрату

трудоспособности в дальнейшем. Следовательно, нет признаков, по которым полученные Л. повреждения можно было бы отнести к тяжким. Эти повреждения привели к длительному расстройству здоровья и при благоприятном исходе будут расценены как менее тяжкие. Окончательная оценка степени тяжести телесных повреждений у Л. может быть дана лишь при определившемся исходе их».

У гр-на К., 42 года, обнаружены следующие повреждения: обширная резаная рана в левом локтевом сгибе, обильно кровоточащая. Перерезаны мышцы, сосуды и лучевой нерв, вскрыт локтевой сустав. Пульс на лучевой артерии сохранен. Нерв сшит. По заключению невропатолога, по-видимому, повреждены срединный, лучевой и локтевой нервы. При обследовании через 2 недели пальцами левой руки двигать не может. Возможны лишь еле заметные движения в большом пальце. Полученные К. повреждения не опасны для жизни. Они могут повлечь за собой расстройство здоровья, соединенное со значительной стойкой утратой трудоспособности не менее трети, и в таком случае будут оценены как тяжкие телесные повреждения. Окончательное заключение может быть дано лишь после определившегося исхода повреждения».

Предлагаемые примерные формулировки заключений применимы к любым повреждениям с неопределившимся исходом. В подобных случаях возможны три варианта заключений.

1. Прежде всего, если установлено, что повреждение не опасно для жизни, это указывается в заключении. Если исход совершенно неясен, отмечается это обстоятельство. Объясняется, почему в настоящее время не может быть дано заключение, и определяется возможный срок, когда заключение может быть дано.

2. При намечающемся исходе повреждения, что устанавливается обязательным обсуждением с лечащими врачами, указывается предполагаемый исход повреждения, какая степень тяжести повреждения будет при таком исходе и возможный срок дачи заключения.

3. При определившемся исходе, что опять-таки обсуждается с клиницистами при совместном осмотре потерпевшего, заключение может быть дано и до окончательного выздоровления.

Целесообразно ли ориентировочное заключение при неопределившемся исходе? Оно может иметь значение для следователя, позволяя ему проводить необходимые следственные действия, избирать санкции и т. д.

Все три варианта формулировок заключений, объясняя объективные данные, определяющие действия эксперта, позволяют органам расследования и суда правильно оценивать все эти данные и принимать необходимые решения.

Эксперт не должен стремиться во что бы то ни стало оценить степень тяжести телесного повреждения и дать окончательное заключение только потому, что этого требуют сроки следствия. Эксперт не имеет права и не должен при отсутствии данных об исходе повреждения давать такое заключение. Он обязан разъяснить, почему не может быть в конкретном случае определена степень тяжести телесного повреждения. Это позволит исключить недоразумения и необоснованные, ошибочные заключения, которые могут привести к судебной ошибке.

Недопустимость предварительного определения степени тяжести телесных повреждений. Нередко следователь настаивает на том, чтобы эксперт определил степень тяжести повреждений такой, какой она является в данный момент, до исхода повреждения. Такое требование следователя объясняется тем, что он строго ограничен определенными сроками расследования и должен закончить расследование дела в установленный срок, а иногда и тем, что по делу имеются задержанные, арестованные и следователю необходимо знать, какое обвинение может быть предъявлено задержанному субъекту. Если повреждение окажется тяжким, то ст. 108 предусматривает длительное лишение свободы, и по отношению к обвиняемому может быть принята мера пресечения в виде ареста.

ста. Если же повреждение окажется легким, то такая мера пресечения обычно не применяется.

Сроки расследования уголовных дел ограничиваются двумя месяцами, после чего для продолжения расследования требуется возбуждать специальное ходатайство перед вышестоящими органами.

Эксперт иногда уступает настоятельному требованию следователя и дает предварительное заключение в такой приблизительно форме: «Полученное гр-ном Петровым повреждение в настоящее время относится к разряду легких повреждений, повлекших за собой кратковременное расстройство здоровья. Окончательное заключение о степени тяжести этого повреждения может быть дано лишь после окончания лечения, когда станет ясным исход этого повреждения».

На основании такого заключения эксперта суд не может предварительно осудить обвиняемого по ст. 112, ч. 1, а затем по выздоровлении «окончательно осудить» по ч. 1 ст. 109. Следовательно, такое предварительное заключение ничего не дает ни следователю, ни суду, так как обвинение по такому заключению не может быть предъявлено. В таких случаях следует давать заключения, указанные выше, но не следует делать «предварительного заключения».

Значение возраста при оценке степени тяжести телесных повреждений. Как следует относиться к возрастным особенностям организма, как их учитывать при оценке исхода повреждения у детей и стариков, при оценке степени тяжести повреждений? Такой вопрос иногда возникает у эксперта. Исход повреждений более благоприятен в молодом возрасте, чем у пожилых лиц. Например, переломы бедра в пожилом возрасте очень часто приводят к тяжелому исходу, тогда как у лиц молодого возраста переломы бедра заканчиваются благоприятно, обычно не сопровождаясь стойкой утратой трудоспособности. При оценке степени тяжести телесных повреждений у лиц различного возраста следует руководствоваться теми же основными принципами. Опасные для жизни повреждения будут одинаково опасными для лиц любого возраста и, следовательно, в любом возрасте должны квалифицироваться как тяжкие.

Если повреждение не было опасным для жизни, то учитывается реальный исход повреждения, т. е. размеры стойкой утраты общей трудоспособности и продолжительности расстройства здоровья. Других критериев нет. Следовательно, возраст не имеет значения и не принимается во внимание при оценке степени тяжести телесного повреждения. Оценивается опасность для жизни и реальный исход повреждения.

Значение имевшихся у пострадавшего заболеваний и индивидуальных особенностей организма при оценке степени тяжести телесных повреждений. Повреждения могут причинять человеку, страдающему каким-либо заболеванием или имеющему индивидуальные особенности организма; последние могут утяжелять степень тяжести телесного повреждения. Как быть в таких случаях при определении степени тяжести повреждения? Попробуем рассмотреть это на конкретном примере.

Мужчина получил удар ногой в область голени, а у потерпевшего был остеомиелит большеберцовой кости. Рентгеновские снимки этой кости, сделанные много ранее, до получения повреждения, показали уже значительное разрушение кости с секвестрами. От удара произошел перелом кости в этом месте. Возникло обострение хронического процесса, в связи с чем потерпевшему пришлось ампутировать ногу. Полученное в результате удара повреждение — перелом кости — повлекло за собой необходимость ампутации голени и должно быть оценено по этому признаку как повреждение тяжкое. Кроме того, в своем заключении эксперт должен дать развернутое объяснение условий, которые определили такое повреждение и его исход. Он должен указать, что перелом такой измененной кости мог быть вызван весьма незначительным насилием, которое могло бы не вызвать перелома здоровой большеберцовой кости, в частности, в от удара ногой. Заболеванием же кости объясняются и тяжелые последствия, вызвавшие

необходимость ампутации ноги. Как сам перелом, так и возникшее осложнение явились следствием того, что кость была значительно изменена и разрушена глубоким хроническим воспалительным процессом, обладала повышенной хрупкостью. Поэтому и исход повреждения был тяжким. Следовательно, исход этого повреждения должен рассматриваться как случайный, обусловленный индивидуальными, привходящими особенностями организма пострадавшего. В таких случаях эксперт должен определить не только степень тяжести самого повреждения, но и объяснить причины и условия возникновения тяжелых последствий.

С юридической точки зрения в таких конкретных случаях суд иногда считает необходимым ставить эксперту вопрос, мог ли нападавший предвидеть последствия своих действий, на что эксперт, конечно, может ответить только отрицательно. Для того чтобы предвидеть, нужно знать, что такое остеомиелит, что он был у потерпевшего и ■ какой степени. Нападавший, нанося удар по больной ноге, не мог предвидеть последствий своих действий (в приведенном примере перелома кости, пораженной остеомиелитом).

В этом случае исход повреждения хотя и был связан с самим повреждением ■ находился с ним ■ причинной связи, однако и повреждение, и исход должны рассматриваться как случайные, в силу привходящих обстоятельств предшествовавшего остеомиелита.

В других случаях исход является непосредственным следствием причиненного повреждения, и в этих случаях он должен, конечно, рассматриваться иначе и повреждение само должно оцениваться иначе.

Примеры. 1. В связи с полученным ударом по голове возникло кровоизлияние под твердой оболочкой мозга, ушиб мозга ■ развилась травматическая эпилепсия. Повреждение вызвало тяжелые последствия, которые стоят ■ непосредственной причинной связи с полученным повреждением и являются его прямым следствием. Такое повреждение, повлекшее за собой душевное заболевание, значительную стойкую утрату трудоспособности — травматическую эпилепсию, должно быть оценено как тяжкое.

2. Мужчина был сшиблен автомашиной и получил закрытый перелом обеих костей правой голени. Малая берцовая кость срослась ■ обычное время, большая берцовая кость ■ после 6 месяцев наблюдения оказалась несросшейся. Образовался ложный сустав. Потерпевшему была определена инвалидность II группы. Хирург, лечивший потерпевшего, заявил, что ■ операция не может гарантировать исправления этого последствия перелома.

Таким образом, по исходу это повреждение должно быть оценено как тяжкое, так как оно повлекло за собой стойкую утрату общей трудоспособности свыше одной трети.

Такое повреждение у мужчин среднего возраста обычно заканчивается полным выздоровлением и, как правило, не сопровождается стойкой утратой трудоспособности. Особенности исхода такого повреждения в данном случае должны быть объяснены либо тем, что сращению перелома препятствовали ткани, попавшие между отломками кости, либо какими-то индивидуальными особенностями организма потерпевшего.

Все такие условия должны быть детально объяснены в заключении эксперта, однако само повреждение по непосредственному исходу для данного потерпевшего должно быть оценено как тяжкое телесное повреждение. В данном случае тяжелый исход явился непосредственным, прямым последствием полученного повреждения.

Следовательно, эксперт должен в каждом отдельном случае разбираться, чем обусловлен исход повреждения и является ли он непосредственным, т. е. прямым результатом самого повреждения, или возник в результате случайных, привходящих условий или индивидуальных особенностей организма.

Исправление последствий повреждений после определившегося их исхода. В практике бывают и такие случаи, когда исход повреждения определился. Была выяснена и степень тяжести телесного повреждения заключением эксперта. Но потерпевший уже после определившегося исхода повреждения подвергся оперативному вмешательству, ликвидировавшему последствия повреждения.

Пример. Женщине был причинен разрыв влагалища, промежности и сфинктера. ■ результате чего образовался ректально-влагалищный свищ. Такой исход поврежде-

ния по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности не менее одной трети (50%) позволял отнести повреждение к тяжким. После суда пострадавшая подверглась операции. Последовало полное выздоровление, свищ был ликвидирован.

Если бы оперативное вмешательство с благоприятным исходом, без образования ректально-влагалищного свища, имело место непосредственно после причинения повреждения, то по реальному исходу признаком степени тяжести повреждения было бы длительное расстройство здоровья (свыше 4 недель) или кратковременное расстройство здоровья (менее 4 недель). Но так как исход повреждения определился в виде ректально-влагалищного свища, то оцениваться должен был этот исход. Последующее врачебное вмешательство могло быть, могло и не быть. Оно могло улучшить определившийся исход повреждения, могло не улучшить и даже ухудшить его. Это уже не имеет значения для оценки степени тяжести повреждения, так как исход последнего определился к моменту судебно-медицинской экспертизы.

Следовательно, степень тяжести телесного повреждения устанавливается для определившегося исхода повреждения. Последующее оперативное вмешательство, улучшающее или ухудшающее исход (последствий) повреждения, не влияет на оценку степени тяжести повреждения.

В связи с этим необходимо особо рассмотреть и значение врачебного вмешательства и лечебных мероприятий для оценки степени тяжести телесных повреждений.

Значение врачебного вмешательства и лечебных мероприятий. Если повреждение было опасным для жизни, то врачебное вмешательство, обусловившее благополучный исход повреждения, не имеет значения для оценки степени тяжести повреждения опять-таки потому, что квалифицирующим признаком такого повреждения является «опасность для жизни». Был ли исход благоприятным или тяжелым, при опасных для жизни повреждениях это не имеет значения для оценки степени их тяжести. Но как относиться к врачебному вмешательству при повреждениях, не опасных для жизни, когда врачебное вмешательство утяжеляет повреждение и его исход или уменьшает тяжесть повреждения?

Постараемся разобраться в этом на конкретных примерах.

Пример. Мужчина получил ножевое ранение в области живота. Его доставили в больницу. Так как у хирурга возникло подозрение по поводу того, что ранение было проникающим, он произвел вскрытие брюшной полости и на операции обнаружил, что ранение было непроникающим и вскрытия брюшной полости не требовалось.

Некоторые эксперты такое врачебное вмешательство присоединяют к причиненному повреждению. И на том основании, что потерпевшему была вскрыта брюшная полость, оценивают такое повреждение как тяжкое, не учитывая того, что они оценивают не полученную потерпевшим рану передней брюшной стенки, не проникающую в брюшную полость, а уже оценивают случайное, привходящее обстоятельство — вскрытие брюшной полости хирургом. На самом же деле в таких случаях эксперт должен и обязан оценивать только то повреждение, которое было причинено потерпевшему, т. е. в данном конкретном случае непроникающую рану живота. Врачебное вмешательство, утяжеляющее полученное повреждение, ухудшающее его исход, не следует принимать во внимание как обстоятельство случайное, привходящее. Нужно учитывать также, что живот был вскрыт другим лицом, хирургом. Кроме того, можно ли лапаротомию считать опасным для жизни хирургическим вмешательством? — Конечно нет. Между ножевой проникающей раной живота и хирургической операцией значительная разница.

В других случаях врачебное вмешательство может улучшить исход таким образом, что телесное повреждение не влечет за собой значительной стойкой утраты трудоспособности, как это, например, бывает при переломах трубчатых костей. В таких случаях оценке подвергается реальный исход повреждения — такой, какой есть. Закон предусматривает исход повреждения. Эксперт не может сказать, что было, какой был исход, если бы врачебного вмешательства в данном конкретном случае не произошло. Эксперт может сказать, каков обычно бывает исход при таких повреждениях без оказания медицинской помощи, но он не может говорить, каков был бы исход в данном конкретном случае, так как эксперт этого знать не может.

Подводя итог сказанному выше, можно сделать следующие выводы. Если повреждение было опасным для жизни, исход его не имеет значения для оценки степени тяжести телесного повреждения.

Если же повреждение было не опасным для жизни, то принимается во внимание реальный исход повреждения, независимо от того, имело место вмешательство врачебного персонала или нет, а также и независимо от соображений, касающихся обычного течения таких повреждений. Следовательно, принимается во внимание и оценивается реальный исход повреждения.

Определение степени тяжести при нескольких повреждениях и по «совокупности». При определении степени тяжести нескольких телесных повреждений следует опять-таки исходить из двух основных критериев: опасности для жизни и исхода повреждения. При этом не следует чисто механически суммировать нанесенные повреждения для определения степени их тяжести. Если были нанесены три повреждения и каждое из них относилось к разряду легких, причинивших расстройство здоровья, то это еще не значит, что все вместе они могут быть определены как менее тяжкое или тяжкое повреждение.

При нескольких повреждениях у одного лица в заключении эксперта нередко повреждения оцениваются «по совокупности». При этом не всегда можно установить, что эксперт понимает под «совокупностью». Например, при наличии многих кровоподтеков определяют их как повреждения легкие, причинившие расстройство здоровья; переломы нескольких костей как тяжкое телесное повреждение, обосновывая свое заключение ссылкой на «совокупность», не объясняя, почему определена такая степень тяжести повреждения. Термин «совокупность» сам по себе ничего не объясняет и не может служить основанием для оценки степени тяжести повреждения. Если у потерпевшего обнаруживается несколько мелких кровоподтеков на конечностях и проникающая ножевая рана брюшной полости, то здесь нельзя говорить о степени тяжести телесных повреждений «по совокупности». Оценивать степень тяжести телесных повреждений по совокупности следует лишь тогда, когда их общим последствием будет один из признаков телесных повреждений, указанных в Законе:

а) опасность для жизни; например, четыре резаные раны обеих предплечий вызвали шок и тяжелую кровопотерю;

б) стойкая утрата трудоспособности; например, повреждение глаза с потерей зрения и травматическая ампутация правой кисти;

в) длительное расстройство здоровья; например, перелом левой лучевой кости и переломы нижней челюсти;

г) кратковременное расстройство здоровья; например, ушибленная рана головы, трещина носовых костей.

Если же одно из повреждений тяжкое по признаку, например опасности для жизни, а остальные имеют признаки легких телесных повреждений, то о совокупности говорить не следует, так как для этого нет оснований, а нужно оценивать повреждения по отдельности. Опасные для жизни повреждения не утяжеляют кровоподтеков, а кровоподтеки не утяжеляют опасного для жизни повреждения.

ПРИМЕРЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕСКОЛЬКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

1. Гр-ка К., 36 лет, 11/IX 1966 г. была сшиблена легковой автомашиной и доставлена в больницу. При поступлении в историю болезни отмечены следующие данные: общее состояние удовлетворительное; на вопросы отвечает, сознание несколько спутанное; пульс 60 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и наприя-

жения; тоны сердца приглушены. Отмечается резкая болезненность при пальпации тазовых костей; ссадины у крыла левой подвздошной кости, на правой голени и на лице. На рентгенограмме костей таза обнаружен перелом левой седалищной кости, двойной перелом лонной кости без смещения. Подозрение на перелом левой вертлужной впадины. При осмотре больной в отделении через 2 часа после поступления установлено: больная ничего не помнит о случившемся, не может сказать, когда вышла из дома и куда направлялась. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения; артериальное давление 90/50 мм. Имеется гематома в области лобковой кости; левую ногу поднять не может; гематома в области левого локтевого сустава. Нарушения функции тазовых органов не отмечается. Еще через 2 часа температура 38°, пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 120/70 мм.

13/IX. Состояние больной средней тяжести. Обширная гематома в области лобковых костей слева, распространяется на область половых губ. Анализ мочи 12/IX: белок 0,3%, лейкоцитов 2—3 в поле зрения; гиалиновых цилиндров 8—10 в препарате. Анализ крови 12/IX: гемоглобин 56%, эритроцитов 3 800 000, лейкоцитов 8500; РОЭ 10 мм в час. Рентгенограмма тазовых костей 15/IX: костные отломки стоят удовлетворительно; расхождение отломков седалищной кости по оси не превышает 1 см, а лобковой — еще меньше. Вколоченный перелом хирургической шейки плеча с отрывом большого бугра.

Клинический диагноз: перелом костей таза слева; сотрясение мозга легкой степени; вколоченный перелом левого плеча (шейки). Шок I степени.

Данные обследования экспертом 15/IX: больная в сознании, на вопросы отвечает точно, ясно, в окружающей обстановке ориентируется. Состояние удовлетворительное. Температура 37,1°, пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление 110/70 мм. Тоны сердца несколько приглушены. Со стороны легких особых отклонений от нормы нет. Язык влажный, чистый, живот не вздут, мягкий, безболезненный, раздражения брюшины нет, почки и селезенка не пальпируются. В левой паховой области кожные покровы окрашены в желтушно-зеленоватый цвет (следы бывшей гематомы). Левую нижнюю конечность больная поднять не может (выраженный симптом «прилипшей пятки»), пассивные движения в левом тазобедренном суставе свободны, несколько болезненны, а также болезненна ротация. Движения правой нижней конечностью во всех суставах как активные, так и пассивные в полном объеме, безболезненны. На левом плече кожные покровы окрашены (на участке размером 6×10 см) в желтовато-зеленый цвет (следы гематомы). Активные и пассивные движения в левом плечевом суставе в полном объеме, но несколько болезненны.

В дальнейшем течение повреждений протекало благоприятно и 26/XI К. была выписана в удовлетворительном состоянии. Функции верхних и нижних конечностей полностью восстановлены.

Выводы. На основании изучения медицинских документов и осмотра гр. К. судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующему заключению.

1. У гр-ки К. имелись повреждения: закрытые переломы костей таза (перелом левой седалищной кости, двойной перелом левой лобковой кости) без повреждения и нарушения функций тазовых органов и без нарушения непрерывности тазового кольца; закрытый вколоченный перелом шейки левой плечевой кости, сотрясение мозга в легкой степени и явления шока I степени (легкая степень).

Кроме того, у К. имелись кровоизлияния в мягкие ткани в местах переломов плечевой кости и таза, а также ссадины на лице, в области левого крыла подвздошной кости и на правой голени.

2. Все указанные выше повреждения при их причинении не сопровождались какими-либо явлениями, угрожавшими жизни К., не вызвали стойкой утраты трудоспособности свыше одной трети.

Учитывая все изложенное, судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к выводу, что повреждения, полученные гр-кой К., не сопровождались стойкой утратой трудоспособности, а повлекли за собой длительное расстройство здоровья (свыше 4 недель) и их следует отнести к разряду менее тяжких телесных повреждений.

Из этого примера видно, что у гр-ки К. было обнаружено несколько повреждений: перелом костей таза, перелом шейки плечевой кости, сотрясение мозга в легкой степени; шок I степени. У эксперта, осматривавшего К. через несколько дней после поступления в больницу, конечно не было основания дать заключение о степени тяжести телесных повреждений, так как исход повреждения не был известен.

Комиссия экспертов, освидетельствовавшая К. через 2 месяца, установила, что состояние К. при поступлении в больницу не было угрожающим. Следовательно, признак опасности для жизни полученных повреждений отсутствовал. К моменту освидетельствования и через 2 месяца было установлено, что заживление шло удовлетворительно. Движения верхних и нижних конечностей восстановились в полном объеме. Следовательно, повреждения не повлекли за собой стойкой утраты общей трудоспособности.

Остался, таким образом, признак длительного расстройства здоровья — свыше 4 недель. На этом основании полученные К. повреждения могли быть отнесены только к разряду менее тяжких.

2. Гр-ка Ш., 80 лет, 6/VIII была сшиблена на улице мотоциклом и потеряла сознание. При поступлении в больницу пострадавшая была в сознании, на вопросы отвечала невнятно, о случившемся ничего не помнит. Общее состояние очень тяжелое. Зрачки равномерные, реакция на свет замедленная. Гематомы в области обеих глазниц. Деформация носа, отмечается крепитация костных отломков носа. В области левого крыла носа ушибленная рана размером $1,5 \times 0,5$ см. Резкая болезненность, патологическая подвижность и крепитация костных отломков в области левого коленного сустава. На коже нижних конечностей множественные ссадины. В приемном отделении наблюдалась рвота с примесью алой крови. На рентгенограмме черепа нарушений костей свода и основания черепа не выявлено; обнаружен перелом носовых костей с образованием нескольких отломков. В области левого коленного сустава — перелом верхнего эпифиза большеберцовой кости, линия перелома продолжается в сустав; состояние отломков удовлетворительное. С 8/VIII состояние больной средней тяжести.

При осмотре 16/VIII состояние Ш. удовлетворительное, особых жалоб нет. Анализ мочи и крови особых отклонений не дает. Больная в сознании, лежит на спине, не может поворачиваться. На коже левой половины лица сине-желтого цвета исчезающий кровоподтек, занимающий всю область глазницы и прилежащие части скуловой, щечной и подбородочной областей; кровоподтек доходит до ушной раковины; общий размер его 17×7 см. На подбородке, на скуловой дуге и около ушной раковины кровоподтек желтовато-сине-багрового цвета. На левой ушной раковине такого же цвета кровоподтек размером 10×9 см. Нос покрыт буроватой корочкой. У корня носа сине-вато-красноватого цвета кровоподтек. При ощупывании носа отмечается болезненность. На задней поверхности левого локтевого сустава кровоподтек желтовато-синеватого цвета, местами с багровым оттенком, размером 7×11 см. На передней поверхности правого коленного сустава ссадина размером $0,3 \times 0,4$ см. На левой ноге гипсовая повязка.

Выводы. У гр-ки Ш. при поступлении в больницу были обнаружены следующие повреждения: закрытый перелом проксимального эпифиза левой большеберцовой кости, открытый перелом костей носа; обширные кровоподтеки и ссадины на лице; кровоподтеки на груди и конечностях; сотрясение мозга II степени в общем тяжелое состояние в течение нескольких дней.

Эти повреждения были получены, как указывается в истории болезни, 6/VIII от удара тупым твердым предметом и от удара о твердый тупой предмет при падении. Они вызвали опасное для жизни состояние и по этому признаку относятся к разряду тяжких телесных повреждений.

Определение степени тяжести отдельных повреждений при нанесении их несколькими лицами. Иногда одному человеку наносят повреждения несколько лиц. Последних в дальнейшем привлекают в связи с этим к ответственности. Для выяснения степени ответственности каждого из них требуется определить, какова степень тяжести каждого из причиненных пострадавшему повреждений.

Пример. Мужчина, 22 лет, на улице подвергся нападению трех лиц. Один из них нанес ему чем-то удар по лицу, другой ударил ножом в грудь; потерпевший бросился бежать, тогда третий из нападавших поднял камень и бросил в потерпевшего, попав ему в затылок. От этого удара потерпевший упал, потерял сознание и в бессознательном состоянии был доставлен в больницу, где вскоре пришел в себя.

Все случившееся произошло на глазах у нескольких свидетелей, и нападавшие были задержаны.

Следователю важно было выяснить, какова степень тяжести каждого из полученных повреждений. При освидетельствовании потерпевшего было обнаружено следующее: спинка носа припухла, сине-багрового цвета. При рентгенографии определен перелом костей носа с небольшим смещением. Ножевая рана оказалась проникающей в грудную полость. В области затылка имелась ушибленная рана кожи с обширной гематомой вокруг. При рентгенографии была обнаружена трещина затылочной кости.

Потерпевший через 3 недели был выписан для амбулаторного лечения и через месяц после поступления в больницу приступил к работе.

В заключении эксперта было указано: 1) переломы костей носа возникли от удара тупым твердым предметом; это повреждение относится к разряду легких, влекущих обычно за собой кратковременное расстройство здоровья — не свыше 4 недель; 2) проникающее ранение груди нанесено острым колюще-режущим орудием; оно опасно для

жизни и поэтому относится к разряду тяжких телесных повреждений; 3) ушибленная рана головы, трещина затылочной кости получены от одного удара тупым твердым предметом, каким мог быть в данном случае камень. Это повреждение опасно для жизни и относится к разряду тяжких.

На основании данных экспертизы следователь мог предъявить отдельно обвинение каждому из задержанных за причиненное им повреждение.

Необходимо учесть, что в отдельных случаях общее состояние потерпевшего может быть обусловлено всеми полученными повреждениями, как, например, малокровие от нескольких резаных ран, сотрясение мозга от нескольких ударов по голове и др.

Осложнение повреждений и их судебно-медицинская оценка. Прежде всего необходимо определить, что называется осложнением, чтобы в дальнейшем этим и руководствоваться. Примем определение этого понятия, приведенное в Большой Медицинской Энциклопедии¹. «Осложнение — всякий присоединяющийся к основному страданию патологический процесс, не обязательный при данном заболевании или повреждении, но в своем возникновении связанный с расстройствами, закономерно возникающими при основном страдании». Так, например, осложнением перелома бедра будет остеомиелит, ложный сустав. Осложнением подкожного кровоизлияния будет абсцесс или флегмона подкожной клетчатки и др.

При опасных для жизни повреждениях исход повреждения, следовательно, и возникающие иногда осложнения такого повреждения не влияют на оценку степени его тяжести. Не опасные для жизни повреждения оцениваются по исходу. Исход отдельных повреждений может быть различным. Практике известны обычное течение и исход отдельных повреждений: ран, переломов костей. От обычного исхода повреждений наблюдаются отклонения как в сторону более легкого, благоприятного течения и заживления повреждения, так и в сторону утяжеления обычного исхода повреждения. Очень важно поэтому установить правильный подход к оценке исходов повреждений в связи с осложнениями их течения.

Осложнения повреждений могут быть обусловлены:

а) индивидуальными особенностями пострадавшего. Например, поверхностная резаная ранка мягких тканей предплечья у гемофилика привела к опасному для жизни состоянию вследствие острой кровопотери;

б) присоединившейся инфекцией. Например, флегмоны, абсцессы, сепсис при повреждениях мягких тканей, остеомиелиты при переломах костей;

в) неправильной или некачественной медицинской помощью. Например, неправильное сращение костей или образование ложных суставов и др.

Как подходить к оценке осложненных повреждений? В каждом конкретном случае эксперт должен тщательно проанализировать течение повреждения и его исход с медицинской точки зрения: дать оценку степени тяжести самого повреждения, установить, имеется ли осложнение, объяснить причины, обусловившие осложнение, и оценить повреждение по его исходу.

Повреждение может иметь обычный исход и необычный вследствие присоединившегося осложнения. Необычный исход повреждения вследствие присоединившегося осложнения должен получить развернутое объяснение в заключении эксперта.

¹ Н. Лосев, С. Русаков. БМЭ. М., 1961, т. 22, стр. 191.

Глава VIII

ОБЪЯСНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОНЯТИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ЕЕ ПРОВЕДЕНИЮ

Длительность расстройства здоровья, временная нетрудоспособность и длительность лечения. Необходимо различать и разграничивать эти понятия.

Длительное и кратковременное расстройства здоровья, предусмотренные Законом (УК), как признак менее тяжкого и легкого телесного повреждения могут иметь место у лиц трудоспособных и у нетрудоспособных. У лиц трудоспособных и работающих расстройство здоровья может сопровождаться, ■ может и не сопровождаться временной нетрудоспособностью. Например, у слесаря вследствие ушиба лица были выбиты два зуба. Это повреждение имеет признаки кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности (5%). Однако состояние пострадавшего может быть таким, что он сможет выполнять свою обычную работу, не получить или не брать листка нетрудоспособности, т. е. не иметь временной нетрудоспособности. Поэтому эксперт не всегда может основываться на наличии или отсутствии листка нетрудоспособности и срока временной нетрудоспособности, а должен объективно оценивать повреждение и общее состояние потерпевшего и учитывать только длительность расстройства здоровья, какой срок необходим потерпевшему для выздоровления.

Иногда эксперт обосновывает определяемую им степень тяжести телесного повреждения длительностью лечения, а не продолжительностью расстройства здоровья.

Кратковременное расстройство здоровья, временная нетрудоспособность и длительность лечения — различные понятия, они могут не совпадать и часто не совпадают.

Человек может получить повреждение, например перелом костей носа, что является расстройством здоровья, но с таким повреждением продолжать работу, т. е. не иметь временной нетрудоспособности и одновременно лечиться. Другой может по поводу полученного повреждения некоторое время быть нетрудоспособным, затем быть выписан на работу и продолжать лечение. Человек может стать трудоспособным ранее чем закончит лечение; например, продолжать перевязки, принимать ванны, парафиновые аппликации и т. п. Длительность лечения может зависеть от многих случайных обстоятельств. Эксперт должен принимать во внимание при оценке степени тяжести телесных повреждений не длительность лечения и не временную нетрудоспособность, а объективно установить продолжительность расстройства здоровья, вызванную повреждением.

Стойкая утрата общей трудоспособности не обязательно сопровождается временной нетрудоспособностью. Как было показано выше, потеря нескольких зубов оценивается как стойкая утрата трудоспособности в 5—15%. Однако пострадавший с таким повреждением не обязательно нуждается ■ освобождении от работы и будет ее продолжать. При хирургическом удалении зубов человек не всегда получает листок нетрудоспособности. Следовательно, при наличии стойкой утраты трудоспособ-

ности у него не будет временной нетрудоспособности. При оценке степени тяжести такого повреждения эксперт должен руководствоваться размерами утраты общей трудоспособности.

Нельзя обосновывать степень тяжести телесного повреждения просто ссылкой на листок нетрудоспособности (больничный лист). Нужно всегда критически оценивать лично или вместе с клиницистом длительность расстройства здоровья, вызванного повреждением. Длительность лечения, больничный лист не являются признаками степени тяжести телесного повреждения.

Временная нетрудоспособность — состояние, препятствующее в течение некоторого времени выполнению своего профессионального труда. Временная нетрудоспособность может зависеть от: а) заболевания; б) производственной или бытовой травмы; в) отпуска по карантину; г) необходимости ухода за больным членом семьи; д) необходимости санаторно-курортного лечения; е) отпуска до родов и после родов.

Временная нетрудоспособность может быть полной и частичной. Полная временная нетрудоспособность исключает возможность работы вообще (например, при острых инфекционных заболеваниях, острой сердечной недостаточности, некоторых повреждениях и др.) и требует постельного, домашнего или больничного режима.

Частичная временная нетрудоспособность исключает выполнение своей обычной профессиональной работы и допускает без ущерба для здоровья выполнение другой работы. Временная нетрудоспособность удостоверяется больничным листом. Временная нетрудоспособность может определяться и определяется только по отношению к лицам работающим независимо от характера работы. Устанавливается, может или не может данный человек в настоящее время работать, трудоспособен он или не трудоспособен.

Понятие расстройства здоровья относится к любому человеку: работающему и неработающему, ребенку, старику, инвалиду. Работающий человек в связи с расстройством здоровья может быть, а может и не быть нетрудоспособным.

Расстройство здоровья (болезнь, травма) и нетрудоспособность — понятия различные и не всегда совпадающие у работающего человека. При определении временной нетрудоспособности учитывается не только само заболевание, но и профессия, условия быта, возможность ухода и др. Одно и то же повреждение у лиц различных профессий может сопровождаться временной нетрудоспособностью различной продолжительности. Поэтому при оценке степени тяжести телесного повреждения по признаку продолжительности расстройства здоровья нельзя руководствоваться только больничным листом и ссылаться на него. Следует всегда разобраться, чем обусловлена временная нетрудоспособность, не связана ли она с профессией, условиями быта и другими обстоятельствами. Учитывать нужно только продолжительность расстройства здоровья, вызванного самим повреждением, но не временную нетрудоспособность. Последняя не является признаком повреждения.

Потеря сознания (бессознательное состояние). В практике эксперту приходится устанавливать, имела ли место потеря сознания в конкретном случае, например при травме головы, сдавлении шеи петлей или руками и в других случаях. Потерю сознания не следует смешивать с расстройством сознания и спутанностью сознания, что имеет место при психических и иногда при инфекционных заболеваниях. С расстройством и спутанностью сознания могут быть связаны установление вменяемости и дееспособности.

При потере сознания исключается возможность каких-либо самостоятельных действий, так как функция высших отделов центральной нервной системы прекращается. На основании этого и устанавливается потеря сознания. Продолжительность потери сознания может быть от нескольких секунд до многих десятков дней, например при тяжелой черепно-мозговой травме. Длительная потеря сознания при закрытой черепно-мозговой травме, сотрясении мозга, сдавлении шеи рассматривается как опасное для жизни состояние, т. е. признак тяжелого телесного повреждения. При потере сознания возникает беспомощное состояние, которое может быть использовано с преступной целью, например изнасилования. Может быть и симуляция потери сознания или ссылка на потерю сознания для ложного обвинения в использовании беспомощного состояния для совершения преступных действий. Потеря сознания нередко сопровождается потерей памяти — амнезией. Потеря сознания наблюдается при психической травме (испуге), механической травме, кислородном голодании различного происхождения, электротравме, отравлениях, перегревании и охлаждении, опьянении, отравлении снотворными, наркотиками и других воздействиях. Потеря сознания обусловлена расстройством мозгового кровообращения и гипоксией, эпилептическим припадком. Потеря сознания может быть установлена при непосредственном осмотре потерпевшего. Наблюдается бледность кожных покровов, покрытых потом, малый, редкий пульс, падение артериального давления, поверхностное дыхание, сужение или расширение зрачков, отсутствие корнеального рефлекса и др.

При симуляции потери сознания эти симптомы отсутствуют. Пульс нормальный, реакция зрачков живая. Если отсутствуют объективные данные, подтверждающие потерю сознания, то эксперт должен отказаться от оценки наличия или отсутствия этого состояния по недостоверным обстоятельствам дела.

Беспомощное состояние. В некоторых статьях УК предусматривается также использование беспомощного состояния потерпевшего, о котором необходимо также дать здесь некоторые разъяснения, так как эксперту иногда ставят вопрос, имело ли место беспомощное состояние?

Беспомощное состояние может быть обусловлено внешними обстоятельствами или же зависеть от индивидуальных особенностей организма. Судебно-медицинский эксперт может говорить о беспомощном состоянии лишь тогда, когда оно может быть установлено и подтверждено медицинскими данными. Если же определение беспомощного состояния не требует медицинских знаний, то оно устанавливается следователем и судом без судебно-медицинской экспертизы. Например, беспомощное состояние, невозможность сопротивляться, может быть обусловлено неудобной позой потерпевшего, какой-либо тяжестью, имевшейся на нем, ношей и другими обстоятельствами.

Беспомощное состояние может зависеть от возрастных особенностей потерпевшего: дети, малолетние, глубокие старики могут быть беспомощны в силу своего физиологического состояния.

Беспомощность может быть обусловлена острыми и хроническими заболеваниями. Человек, страдающий параличами, парезами, хроническими заболеваниями опорного аппарата, может быть беспомощным в силу этих заболеваний, инвалидности.

Беспомощность может быть обусловлена глубоким обморочным состоянием потерпевшего вследствие испуга при неожиданном нападении. Однако установить, имелось ли обморочное состояние у данного субъекта при определенных условиях, обычно не представляется возможным на основании медицинских данных.

Беспомощность может возникать во время припадков у эпилептиков, истериков.

Беспомощность может быть обусловлена также состоянием опьянения, приемом наркотических и других, в том числе отравляющих, веществ.

Беспомощность может быть кратковременной, продолжительной и постоянной. В некоторых случаях беспомощность может быть обусловлена травмой, особенно головы. Такие вопросы предъявляются иногда для разрешения судебно-медицинскому эксперту. Однако если состояние беспомощности не наблюдалось посторонними лицами и медицинскими работниками, то установить, могло ли быть и имелось ли беспомощное состояние, на основании только анамнестических данных обычно не представляется возможным.

Кроме того, нужно иметь в виду и возможность симуляции беспомощности, которая наблюдается иногда при инсценировках нападения, ограбления, изнасилования и в других случаях.

Поэтому, прежде чем решать вопрос о наличии или отсутствии беспомощного состояния, судебно-медицинский эксперт должен разобраться, чем, какими обстоятельствами могло быть вызвано беспомощное состояние, может ли быть оно установлено на основании медицинских данных или нет. Если разрешение этого вопроса не требует специальных медицинских знаний, эксперт должен отказаться отвечать на такой вопрос.

Здоровье, орган. Так как телесное повреждение есть причинение вреда здоровью, а одним из признаков телесного повреждения является потеря органа, то в юридической литературе при рассмотрении телесных повреждений необходимо уточнение понятий «здоровье» и «орган».

В данном руководстве нет возможности изложить критическое рассмотрение положений и взглядов относительно этих понятий, имеющих в юридической литературе. Целесообразно привести медицинское определение понятий «здоровье» и «орган».

Здоровье человека — состояние уравновешенности функций всех органов и его организма с внешней средой, при котором отсутствуют какие-либо болезненные изменения (Л. Я. Брусиловская). Понятие здоровья весьма относительно, так как здоровье определяется большим многообразным и сложным комплексом условий и не отделяется четкой границей от болезни.

Для уголовно-правовой характеристики телесных повреждений определение состояния здоровья не имеет значения, так как при причинении телесных повреждений наносят вред тому здоровью, которым данный человек обладает. Перелом основания черепа, проникающая ножевая рана брюшной полости одинаково опасны для жизни человека, обладающего полным здоровьем, и для тяжелого туберкулезного больного, больного, страдающего раком желудка, параличом и др.

При телесных повреждениях для разрешения ряда вопросов имеет существенное значение не здоровье, а болезнь, которая может изменить степень тяжести телесного повреждения, иметь отношение к установлению умысла, неосторожности. Значение болезни и других особенностей состояния здоровья будет рассмотрено особо.

Орган — есть часть организма человека, образованная несколькими тканями, выполняющая определенные, строго специфические для этого органа функции. Вряд ли есть необходимость давать определение понятию «орган» в юридическом аспекте. Орган — понятие биологическое и не имеет юридических признаков.

Методика
Перед осмот
всего должен
материалам
собирать анам
переходит к ос
повреждения
шего, эксперт
1. Прежде
дение опасным
опасного для ж
тяжким. Исход
ления его степе
для жизни.
2. Если повре
то устанавлива
трудоспособнос
трудоспособнос
вается как тяж
но не менее 15
стойкая утрата
ется как легко
здоровья.
3. Если экс
собой стойкой
ство здоровья,
Если длительно
эксперт определ
расстройства здо
определяет повре
ное расстройство
была менее 7 дн
повлекшее за соб
чительной стойко
же степень тяж
собой ни кратко
стойкой утраты т
Составление
поводу поврежде
по поводу телесн
и включать не то
ние эксперта, но
но по поводу кото
указать на эти об
Выводы экспе
ваны и описыва
ных в описательн
алах дела.
В заключении
вреждений (рана
основных вопроса
том: 1) какова с
ность поврежд
ду.

Методика определения степени тяжести телесного повреждения.
Перед осмотром потерпевшего судебно-медицинский эксперт прежде всего должен внимательно ознакомиться со всеми представленными ему материалами дела и медицинскими документами, если они имеются, и собрать анамнестические данные у потерпевшего. После этого эксперт переходит к осмотру потерпевшего, отмечает и описывает все имеющиеся повреждения, их расположение, характер, размеры. Осмотрев потерпевшего, эксперт переходит к оценке повреждений.

1. Прежде всего эксперт устанавливает, было или не было повреждение опасным для жизни. Если повреждение подходит под признаки опасного для жизни, то этого достаточно для отнесения повреждения к тяжким. Исход такого повреждения уже не имеет значения для определения его степени тяжести. Оно является тяжким по признаку опасности для жизни.

2. Если повреждение не подходит под признаки опасного для жизни, то устанавливается, имеются ли последствия в виде стойкой утраты трудоспособности и каковы ее размеры. Если размеры стойкой утраты трудоспособности более 33%, то повреждение по этому признаку оценивается как тяжкое. Если стойкая утрата трудоспособности менее 33%, но не менее 15%, то повреждение определяется как менее тяжкое. Если стойкая утрата трудоспособности менее 15%, то повреждение определяется как легкое, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья.

3. Если эксперт устанавливает, что повреждение не повлекло за собой стойкой утраты трудоспособности, а лишь временное расстройство здоровья, то определяется длительность расстройства здоровья. Если длительность расстройства здоровья была свыше 4 недель, то эксперт определяет повреждение как менее тяжкое. Если длительность расстройства здоровья была менее 4 недель и не менее 7 дней, то эксперт определяет повреждение как легкое, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья. Если длительность расстройства здоровья была менее 7 дней, то эксперт определяет повреждение как легкое, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности. Эксперт определяет такую же степень тяжести телесного повреждения, если оно не повлекло за собой ни кратковременного расстройства здоровья, ни незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Составление заключения при судебно-медицинской экспертизе по поводу повреждений. Заключение при судебно-медицинской экспертизе по поводу телесных повреждений должно быть развернутым, подробным и включать не только ответы на все вопросы, поставленные на разрешение эксперта, но и те обстоятельства, которые имеют значение для дела, но по поводу которых эксперту не были заданы вопросы. Эксперт вправе указать на эти обстоятельства в своем заключении (ст. 198 УПК).

Выводы эксперта в заключении должны быть научно аргументированы и основываться на данных объективного исследования, изложенных в описательной части, медицинских документах и других материалах дела.

В заключении должны быть даны медицинская характеристика повреждений (рана, ссадина и др.), диагноз и обязательно ответ на три основных вопроса, даже если они специально не поставлены перед экспертом: 1) какова степень тяжести телесного повреждения; 2) какова давность повреждения; 3) какова причина (орудие, средство, механизм) возникновения повреждения. За ответами на эти основные вопросы следуют ответы на остальные вопросы и выводы о других данных, получен-

ных при исследовании потерпевшего. Каждый вывод в заключении эксперта должен быть обоснован и мотивирован.

В настоящее время еще очень часто можно встретить заключение эксперта, в котором отсутствуют обоснование и мотивировка оценки степени тяжести телесного повреждения. Эксперт, например, пишет в заключении: «...указанное повреждение относится к тяжким» или «...это повреждение следует отнести к разряду легких, повлекших за собой расстройство здоровья...», не мотивируя и не обосновывая, почему именно повреждение отнесено к той или иной степени тяжести.

Суд (следователь), обязанный критически отнестись к заключению эксперта, должен требовать обоснования экспертом определения им степени тяжести повреждения.

Суду (следователю) должно быть ясно, почему повреждение является тяжким или легким. Поэтому в заключении необходимо приводить признаки степени тяжести повреждения и на них основывать оценку степени тяжести.

Формулировки заключения эксперта. На основании установленных признаков телесного повреждения эксперт дает обязательно мотивированное заключение. Примерные формулировки заключения следующие.

Тяжкие телесные повреждения: 1) ...это повреждение, проникающая рана грудной клетки, является опасным для жизни и поэтому относится к тяжким телесным повреждениям...; 2) ...это повреждение повлекло за собой потерю зрения, поэтому относится к тяжким телесным повреждениям...; 3) ...это повреждение повлекло за собой утрату слуха на оба уха и поэтому относится к тяжким телесным повреждениям...; 4) ...это повреждение повлекло за собой паралич (полное прекращение функции) правой нижней конечности и поэтому относится к тяжким телесным повреждениям...; 5) ...это повреждение, потеря зрения на левый глаз, повлекло за собой значительную стойкую утрату трудоспособности в размере 35%, т. е. не менее чем на одну треть, и поэтому относится к тяжким телесным повреждениям...; 6) ...это повреждение повлекло за собой прерывание беременности и поэтому относится к тяжким телесным повреждениям...

Менее тяжкие телесные повреждения: 1) ...это повреждение, перелом левой плечевой кости, вызвало длительное расстройство здоровья — свыше 4 недель и поэтому относится к менее тяжким телесным повреждениям...; 2) ...это повреждение повлекло за собой незначительные остаточные явления после сотрясения мозга, сопровождающиеся объективными признаками (сглаженностью носогубной складки и другими) и стойкой утратой трудоспособности от 15 до 25%, т. е. менее чем на одну треть, и поэтому относится к менее тяжким телесным повреждениям.

Легкие телесные повреждения: 1) ...эти повреждения, множественные кровоподтеки и ссадины на туловище и верхних конечностях, вызвали расстройство здоровья свыше 7 дней и поэтому относятся к легким телесным повреждениям, повлекшим за собой кратковременное расстройство здоровья...; 2) ...это повреждение, потеря двух зубов, относится к легким телесным повреждениям, повлекшим за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности в размере 5%...; 3) ...эти повреждения, кровоподтеки и ссадины на лице, не повлекли за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности и поэтому относятся к легким телесным повреждениям.

Экспертиза определения степени тяжести телесных повреждений по медицинским документам, впрочем как и каждая другая судебно-меди-

цинская экспертиза живого лица, должна производиться, как правило, с непосредственным осмотром потерпевшего. Лишь в исключительных случаях, при невозможности осмотра потерпевшего, может быть произведена экспертиза по подлинникам медицинских документов или, в крайнем случае, по точным копиям этих документов, которые должны быть заверены администрацией медицинского учреждения.

Медицинские документы эксперту должен представлять следователь. Последний имеет право изъять в установленном Законом порядке любые документы, необходимые ему при расследовании дела, в том числе и подлинники медицинских документов из лечебных учреждений (ст. 70 УПК). Это нужно знать судебно-медицинскому эксперту и администрации медицинских учреждений, которая иногда противится выдаче документов следователю. Последний не всегда решается воспользоваться своим правом. Конечно, подлинники медицинских документов должны изыматься только в тех случаях, когда в них имеется действительная необходимость. В дальнейшем эти документы следует возвратить в медицинское учреждение, если только нет надобности приобщить их к делу. В таком случае в лечебное учреждение может быть возвращена копия документа; в отдельных случаях может быть снята фотокопия документа.

Заключение по медицинским документам может быть дано только в том случае, если документы полноценные, содержат исчерпывающие данные о повреждениях и состоянии потерпевшего.

Обозначение и описание повреждений. В практике врачи, не имеющие дела с повреждениями, встречающиеся с ними эпизодически, обычно испытывают затруднения при обозначении и описании повреждений и делают это произвольно. По таким описаниям очень трудно, а иногда и невозможно делать выводы, какие повреждения были у потерпевшего. В судебно-медицинской практике очень важное значение имеет правильное обозначение и точное описание повреждений. На обязанности врача лежит детальное и правильное описание повреждений у потерпевшего, обратившегося за помощью в поликлинику или поступившего в лечебное учреждение. Так как потерпевший обращается за помощью обычно вскоре после получения повреждения, то правильное и детальнейшее описание повреждений имеет исключительное значение для последующей судебно-медицинской экспертизы. Эксперт обычно не имеет возможности осматривать только что полученные повреждения, особенно нарушения целостности кожных покровов, требующие наложения повязки. Он осматривает эти повреждения в процессе и по окончании заживления. Многих особенностей повреждения установить уже нельзя. Поэтому точное описание первоначальных изменений приобретает исключительное значение. Повреждение должно быть также правильно с медицинской точки зрения обозначено, поэтому и имеется необходимость привести принятые в медицине обозначения повреждений и порядок их описания.

Общий порядок описания любого повреждения следующий: точная локализация, характер (ссадина, кровоподтек, рана, перелом и др.), форма (линейная, округлая, неправильная и др.), точные размеры в сантиметрах, края (ровные, размятые, кровоподтечные и др.), ткани и глубине, в окружности, флюктуация, плотность (припухлости), подвижность (рубца), крепитация и другие особенности.

Ушиб не есть повреждение, он обозначает воздействие тупой силы (предмета, орудия, давления и др.) на тело человека. Ушиб может быть получен при ударе о тупой предмет, при падении, при ударе тупым предметом. Ушиб может быть вызван взрывной волной, действующей, как ту-

пой предмет. При ушибе воздействие тупого предмета может ограничиться только причинением боли или сопровождаться повреждением от поверхностей ссадины до раны, перелома, сотрясения органа и др. Поэтому при описании обозначать следует не ушиб, а повреждение, причиненное воздействием тупой силы.

Ссадина — нарушение целостности эпидермиса, поверхностное или до сосудистого слоя, с нарушением лимфатических и кровеносных сосудов. Поверхность ссадины, вначале влажная, через некоторое время покрывается корочкой свернувшейся плазмы и крови. Корочка по мере эпителизации ссадины отпадает. На месте ссадины некоторое время сохраняется пигментация кожи. **Царапина** и обозначают ссадины линейной формы.

При описании ссадины (царапины) отмечают ее месторасположение, форму, по которой иногда можно судить об оружии, причинившем повреждение, размеры, цвет, характер поверхности (влажная, корочка и пр.). Отмечают загрязнение, посторонние частички, состояние кожи вокруг ссадин, припухлость, кровоподтек и другие особенности. Обращают внимание на отпавшие частички эпидермиса и их направление, что позволит судить о движении орудия или тела.

Кровоподтек (то, что в обиходе называют «синяком») — просвечивающее через кожу кровоизлияние в подкожную клетчатку и глуболежащие ткани. С течением времени цвет кровоподтека вследствие превращения пигмента крови — гемоглобина — изменяется от сине-багрового, синего, бурого, зеленоватого до желтого.

При описании кровоподтека после указания на его локализацию отмечают цвет кровоподтека, его форму и размеры, изменение кожи над кровоподтеком и в его окружности, какие-либо наложения, загрязнения, осаднения и др. При больших кровоподтеках — гематомах — определяют, есть ли флюктуация (зыбление). В волосистой части головы глубоко расположенные гематомы — кровоподтеки — не изменяют цвета поверхности кожи, а имеют вид припухлости, иногда флюктуирующей в центре. Нужно иметь в виду, что глубоко расположенные кровоподтеки могут выявиться окраской кожи только через некоторое время, иногда через несколько дней.

Рана — нарушение целостности кожи и глуболежащих тканей. Раны могут быть вызваны различными видами оружия, орудиями, предметами и т. д. При расследовании обстоятельств происшествия очень часто необходимо установить или уточнить, каким орудием была нанесена рана или раны. Поэтому исключительно важно детально описать и зафиксировать все первоначальные изменения. Они должны быть описаны так, чтобы по описанию можно было составить о них полное и точное представление. Нельзя ставить диагноз, а нужно описывать изменения. Нельзя, например, писать, что имеется огнестрельная или резаная рана, а нужно дать такое описание раны, чтобы по этому описанию можно было поставить диагноз огнестрельной, резаной раны и др. При описании ран рекомендуется придерживаться следующего порядка: указывают точную локализацию раны, ее форму, размеры, дефекты ткани, края раны и их особенности (ровные, разможенные, осадненные и др.); ткани в глубине раны (подкожная клетчатка, мышцы, кость), состояние окружающей рану кожи (гематомы, припухлости, отек, загрязнение, изменение окраски, наложения, посторонние частички (отломки металла, дерева, порошинки и др.)). Все такие частички должны быть изъяты, сохранены, записаны в историю болезни и переданы следователю. Посторонние частички могут

оказаться очень важными вещественными доказательствами. Необходимо сохранить также иссеченные края ран, на которых специальными исследованиями могут быть выявлены частицы металла, коготь, порошинки и др.

Судебно-медицинскому эксперту обычно не приходится осматривать повреждения ■ ближайшее время после их причинения, так как потерпевшим прежде всего оказывается медицинская помощь. Поэтому правильное описание повреждения должно производиться медицинским персоналом в медицинских документах. Этими описаниями придется ■ дальнейшем пользоваться эксперту при проведении экспертизы.

Если же потерпевший по каким-либо обстоятельствам направляется к судебно-медицинскому эксперту, последний обязан принять меры для оказания первой помощи, осмотреть рану с соблюдением всех правил асептики и направить потерпевшего к хирургу для требуемого лечения. Иногда бывает необходимо осмотреть рану вскоре после поступления потерпевшего в лечебное учреждение. Такой осмотр может производиться только с разрешения лечащего врача и с его участием. Эксперт только осматривает рану.

Вывихи — полное и стойкое смещение костей ■ суставах. Вывихи устанавливаются ■ лечебном учреждении. Если была сделана рентгенография, то эксперт должен просмотреть рентгеновские снимки, с которых можно сделать позитивные отпечатки. В истории болезни требуется подробное их описание.

Переломы костей — нарушение целости всей толщи кости. Трещина кости — нарушение ее целости не на всю глубину. Судебно-медицинский эксперт, как правило, сам не наблюдает переломов, кроме переломов мелких костей: носовых, фаланг пальцев, не требующих стационарного лечения. В отдельных случаях при осмотре потерпевшего эксперт может заподозрить перелом кости, например кости носа, кости черепа и др., и обязательно направить потерпевшего для рентгеновского исследования.

Рентгеновские снимки должны быть четкими и давать ясное представление о переломе кости и его характере. В случае сомнения в наличии перелома необходимы повторные снимки и консультации квалифицированных специалистов-рентгенологов.

Повреждения внутренних органов должны диагностироваться только на основании достаточных клинических данных, подтвержденных ■ необходимых случаях лабораторными, рентгенологическими и другими исследованиями. Если имеется лишь подозрение или предположение о повреждении внутреннего органа, то это должно быть четко сформулировано в истории болезни.

Особенно осторожно следует относиться к симптоматике сотрясения мозга. Жалобы пострадавшего должны быть подробно записаны, сопоставлены с объективными данными и критически оценены. Все объективные данные необходимо подробно изложить в истории болезни. Потерпевшему не нужно задавать наводящие вопросы. Обозначать ■ истории болезни диагноз сотрясения мозга следует лишь при наличии достаточных для этого оснований, в противном случае указывать его предположительно.

Таковы основные особенности обозначения и описания повреждений.

Глава IX

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДАХ ПОВРЕЖДЕНИЙ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕХАНИЗМА ПОВРЕЖДЕНИЙ

При судебно-медицинской экспертизе по поводу повреждений органы расследования обычно указывают ■ постановлении на необходимость установления происхождения повреждений и механизма их возникновения: каким орудием нанесено повреждение; не причинено ли оно определенным орудием; возникло повреждение от удара или при падении, либо возможен еще иной механизм возникновения повреждения, и др. Разрешение таких вопросов может иметь для органов расследования и суда весьма важное значение ■ отношении привлечения к уголовной ответственности определенного лица ■ квалификации его действий. Поэтому необходимо рассмотреть особенности обследования потерпевших при повреждениях различного происхождения и возможности установления их механизма.

Основная масса пострадавших направляется для экспертизы по поводу повреждений от тупых орудий (60—65% — Р. Л. Шиманович, 1966); относительно реже бывают повреждения от острых орудий (3—4%). Еще реже приходится обследовать лиц с огнестрельными повреждениями (0,1—0,2%). Довольно часто направляются для экспертизы лица, пострадавшие при транспортных происшествиях (7—8%).

В заключениях по поводу повреждений, особенно у неспециалистов судебно-медицинских экспертов, нередко неточно определяются предметы, которыми было причинено повреждение. Не различают предметов, относящихся к оружию и орудиям. Оружием часто называют предметы, не являющиеся оружием. Например, различные ножи. В отдельных случаях это может потребовать криминалистической экспертизы. Так, у обвиняемого или подозреваемого отобран самодельный нож. Для того чтобы решить, является ли этот нож оружием, необходимо выяснить, к какому типу ножей он относится. Не всякий нож является оружием.

К оружию относятся все предметы, имеющие специальное назначение, служащие для защиты ■ нападения: огнестрельное оружие, холодное оружие, в том числе охотничьи, финские ножи, кинжалы. К тупому оружию относятся кастеты, кистени и другие предметы, изготовленные специально для нападения. В Указе о борьбе с хулиганством значительно расширен круг предметов, относящихся к оружию. Орудиями следует обозначать предметы, применяемые в быту, на производстве и имеющие специальное назначение в трудовых процессах: молотки, стамески, кухонные ножи и т. д. Все остальное, с чем приходится встречаться при экспертизе и что не имеет специального назначения ни ■ виде оружия, ни в виде орудия, следует обозначать как предметы: камень, палка и т. д.

Все встречающиеся в практике повреждения по их происхождению объединяются в три группы: 1) повреждение от тупых орудий, оружия и предметов; 2) повреждение от острых орудий, оружия и предметов; 3) повреждение от огнестрельного оружия. Методика исследования потерпевших при повреждениях каждой из этих групп имеет свои частные особенности. Их необходимо знать. Поэтому и приводится методика исследования потерпевших при повреждениях от тупых, острых орудий, оружия, предметов и огнестрельного оружия.

Прежде всего необходимо привести методические указания общего характера, относящиеся к исследованию всех групп повреждений, независимо от орудия или оружия, причинившего повреждение. Эти общие указания относятся к обращению с одеждой, осмотру, описанию повреждений и дополнительным методам исследования.

Обращение с одеждой, головными уборами, обувью. Повреждения могут располагаться на открытых частях тела и на прикрытых одеждой, обувью, головным убором, перчатками. В последнем случае предметы, прикрывавшие область расположения повреждений, приобретают очень важное значение для разрешения вопросов, предложенных эксперту. Необходимо знать, как нужно обращаться с одеждой потерпевшего.

Когда повреждение причиняют в области тела, прикрытой одеждой, то орудие или оружие прежде всего оказывает свое действие на одежду. Одежда при этом может повреждаться. Повреждения одежды могут быть характерными для определенного орудия или оружия, а иногда отражать и его индивидуальные особенности. На одежде могут оставаться частицы повреждавшего ее предмета: металлическая пыль, частицы краски, почвы, дерева, смазочных веществ и др. Все это может быть обнаружено, выявлено специальными лабораторными методами исследования. Необходимые сведения об исследовании одежды в судебно-медицинской практике имеются в специальном руководстве С. Д. Кустановича (1965) и справочном пособии по лабораторным методам исследования в практике судебно-медицинской экспертизы (И. В. Виноградов и А. С. Гуреев, 1966). Поэтому здесь эти сведения не приводятся.

Исследование и экспертиза одежды производятся в физико-технических отделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы или научно-исследовательских лабораториях судебной экспертизы. Такая экспертиза должна быть процессуально оформлена. Для того чтобы исследование одежды было результативным, необходимо принять меры к сохранению всего, что имеет значение для исследования. Потерпевших с повреждением нередко доставляют в лечебные учреждения. Именно здесь должны быть приняты все меры для сохранения следов на одежде. Эти меры не сложны. Одежда, обувь и др. должны быть осторожно сняты. Одежда должна быть повешена на плечики, в таком положении высушена при комнатной температуре и сохранена до передачи следователю. Одежду ни в коем случае нельзя складывать, свертывать, укладывать в мешки, чистить, дезинфицировать до предъявления следователю. Все это может быть сделано и одежда приведена в порядок только после получения разрешения от следователя или его отказа в направлении ее на экспертизу. Иногда одежду, обувь с потерпевшего нельзя снять. Обычно ее приходится распарывать или разрезать. Например, при переломах костей голени или подозрении на такой перелом сапог или валенок приходится разрезать. Все что пришлось сделать с одеждой (разрезы, распарывание), следует записывать в истории болезни.

Если направленный для экспертизы приходит в той одежде, в которой он получил повреждение, то эксперт, обнаружив на одежде повреждения, загрязнения, посторонние частицы и др., должен все это описать, сфотографировать, нанести на схемы. Эти данные включаются в протокольную часть документа экспертизы с указанием на необходимость экспертизы одежды. В таких случаях обязательно сопоставление повреждений на одежде с повреждениями на теле. В протокольной части отмечается установленное соответствие или несоответствие повреждений на теле повреждениям одежды. О необходимости исследования одежды следует тут же поставить в известность следователя, ведущего расследование по этому

делу, или начальника ближайшего отделения милиции. Таково должно быть обращение с одеждой потерпевшего.

Опрос потерпевшего заключается в выяснении анамнестических данных, относящихся к получению повреждения. Собираение анамнеза включает выяснение точного времени и обстоятельств получения повреждения, орудия или оружия, позы и других данных, относящихся к этому. Не следует выяснять обстоятельства, не имеющие отношения к экспертизе, например взаимоотношение с нападавшим, личные отношения к нему и другие подробности.

В судебно-медицинской практике приходится встречаться с попытками по разным мотивам введения в заблуждение эксперта относительно обстоятельств, времени получения повреждения, орудия, причинившего повреждение, и других данных. И это бывает не так уже редко. Поэтому всегда приходится устанавливать соответствие или несоответствие объективных данных объяснениям потерпевшего, что является одной из основных задач при экспертизе повреждений.

Осмотр повреждений следует производить очень подробно. Сначала повреждение осматривают невооруженным глазом, затем обычной биноклярной лупой, операционным микроскопом. Осмотр с помощью этих приборов позволяет выявить такие особенности, детали повреждения, посторонние наложения, загрязнения, включения, которые при осмотре невооруженным глазом определены быть не могут. Применение непосредственной микроскопии раны выявляет форму повреждения, края раны, их загрязнение, основной и дополнительный разрезы, острые или тупые углы ее, внедренные порошинки и др. Непосредственным микроскопированием нужно всегда пользоваться.

Исследование повреждения в ультрафиолетовых лучах позволяет выявить кровоподтеки, не обнаруживаемые при обычном осмотре, воспалительные очаги, заживающие повреждения, рубцы, посторонние включения и загрязнения, дающие люминесценцию в ультрафиолетовых лучах. Рентгенологическое исследование может выявить раневые каналы при повреждениях огнестрельных, острыми орудиями, посторонние включения, огнестрельные снаряды и др. Фотографирование повреждений крупным планом или с последующим увеличением может дать очень четкие представления о деталях повреждений, важных для диагностики. Фотографию, документирующую повреждение, нужно прикладывать к заключению эксперта. Описание повреждений должно быть подробным, четким, давать полное представление об имевшихся повреждениях.

Для выяснения некоторых особенностей получения повреждений, воспроизведения обстановки происшествия эксперту приходится участвовать в следственном эксперименте, который проводит следователь. Следственный эксперимент может проводиться с участием потерпевшего и обвиняемого.

Очень часто эксперту ставят вопрос о позе потерпевшего и пострадавшего в момент причинения повреждения. Нужно особенно подчеркнуть, что это очень трудная задача. Обычно трудно доказывать по имеющимся повреждениям. Поэтому заключения эксперта обычно бывают предположительными и нередко не подкрепленными какими-либо доказательствами. Иногда эксперт в своем заключении по поводу возможности получения повреждения в определенной позе указывает, что это маловероятно, причем ничем не доказывает и не объясняет. Такое заключение не может приниматься как доказательство, потому что оно ничего не доказывает.

Трудности установления позы и взаиморасположения нападавшего и потерпевшего объясняются большим разнообразием возможных положений

ний тела с
прибегать
бодится эк
ния потер
в каком п
Это особен
ная версия
подобност
певшему.
следующе
он получи
неожидан
зывает, ка
эксперта в
неправиль
мотивам.

Возмож
нападавш
орудиями
таких пов
Особ
орудий
дения по
ет, а иног
по повреж
да его осо
Повреж
кровоподт
При б
новить, б
ной рукой
Невоор
От ударов
ложных
жировой
стей, подб

ний тела обоих участников конфликта. Для выяснения этого приходится прибегать к следственному эксперименту или в процессе экспертизы проводится экспертный эксперимент с воспроизведением взаимного положения потерпевшего и нападавшего. В некоторых случаях удается выяснить, в каком положении или позе потерпевший не мог получить повреждение. Это особенно важно в тех случаях, когда потерпевшим выдвигается ложная версия, что наблюдается обычно при самоповреждениях. Неправдоподобность версии в таких случаях становится очевидной самому потерпевшему. При выяснении позы и взаимоположения нужно иметь в виду следующее: а) потерпевший по разным причинам может не помнить, как он получил повреждение (был пьян, возбужден, испуган, нападение было неожиданным, в темноте и т. д.); б) потерпевший помнит и точно показывает, как все произошло; в) потерпевший сознательно пытается ввести эксперта в заблуждение, ссылаясь на то, что он не помнит, и умышленно неправильно показывая происшедшее. Это также может быть по разным мотивам.



Рис. 16. Гематома века.

Возможности выяснения позы и взаиморасположения потерпевшего и нападавшего несколько различны при повреждениях тупыми, острыми орудиями, оружием и огнестрельным оружием. Методика исследования таких повреждений имеет свои особенности.

Особенности исследования повреждений от тупых орудий, оружия, предметов. Разнообразие этих средств нападения по форме, весу, плотности, характеру поверхности часто затрудняет, а иногда и облегчает возможность определения примененного орудия по повреждению. Определению повреждавшего предмета помогает иногда его особая форма, особенности поверхности, краска, загрязнения и др.

Повреждения от тупых предметов самые разнообразные: ссадины, кровоподтеки, раны, переломы костей, размятие тканей.

При бытовых конфликтах очень часто возникает необходимость установить, были ли повреждения причинены невооруженной или вооруженной рукой, кулаком или каким-нибудь предметом.

Невооруженной рукой, кулаком причиняются различные повреждения. Обычно без нарушения целостности кожи, но могут причиняться и раны. От ударов кулаком возникают осаднения кожи, особенно в местах, расположенных на костях, костных выступах с тонкой прослойкой подкожно-жировой клетчатки мягких тканей: в области лба, носа, скуловых областей, подбородка, на тыле кистей и др.

Наиболее частым повреждением от удара кулаком являются кровоподтеки, подкожные гематомы различной величины и формы, ограниченные и распространенные. Особенно легко возникают гематомы век (рис. 16). Они наблюдаются в виде так называемых очков при ударе в область спинки носа, переносицы. При поступлении пострадавшего в больницу такие гематомы век обоих глаз заставляют заподозрить перелом костей основания черепа. Однако они очень часто наблюдаются в амбулаторной судебно-медицинской практике без переломов костей основания черепа и без повреждений костей носа. При подозрении на переломы костей следует сделать рентгеновский снимок.

Другим частым местом расположения гематом являются губы. При этом на слизистой обеих губ наблюдаются осаднения слизистой, ее разрывы, проникающие на различную глубину. Повреждение внутренней по-



Рис. 17. Кровоподтеки в области лопатки от ударов ремнем.

верхности обеих губ одновременно или в отдельности объясняется размятием их на твердой подкладке, на зубах, краях челюстей.

При повреждении губ нередко одновременно повреждаются и зубы. Последние или выбиваются из лунок или переламываются в области шейки. Иногда отбивают и части зуба. От удара кулаком могут быть переломы костей носа, нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых отростков. Изредка встречаются переломы височных костей от удара кулаком в височную область с эпидуральной и субдуральной гематомами, повреждениями мозга. Такие повреждения в одних случаях объясняются повышенной хрупкостью (у больных, пожилых людей) или необычной тонкостью (у молодых людей) костей черепа или же большой физической силой нападавшего. Наблюдаются от ударов кулаком прямые переломы ребер в месте удара, редко переломы грудины.

Раны мягких тканей от удара кулаком могут быть в виде ограниченных разрывов с ушибленными, размятыми краями в местах костных выступов, по надглазничному краю лобной кости, в области скуловых отростков, надпереносья. При переломах носовых костей иногда раны вызываются отломками кости.

Как видно, это
да серьезные по
по ушной раков
тывание рукой
де полус окру
судов. Форма кр
низм их возникн
Повреждения
полукруглой или
но обнаружить

Рис. 18. Кровоподтеки и гематомы на лице от удара кулаком.

Удары обут
переломы косто
конечности, сто
ются также за
желудка, кишок
Сдавление г
и прямые перел
гут быть вызва
глубоких и об
рой он действу
левших требуе
глазом, под с
позволяет инс
лияния, харак
предполагает

Как видно, кулаком могут быть причинены самые различные и иногда серьезные повреждения. От ударов открытой ладонью или плашмя по ушной раковине возникают разрывы барабанной перепонки. Схватывание рукой, сдавление пальцами может оставлять кровоподтеки в виде полос округлой формы, особенно у лиц с повышенной хрупкостью сосудов. Форма кровоподтеков позволяет определить в таких случаях механизм их возникновения.

Повреждения ногтями довольно характерны. Они имеют вид ссадин полукруглой или линейной формы. Частицы содранного эпидермиса можно обнаружить под ногтями у нападавшего.



Рис. 18. Крово-подтеки на плече от давления пальцами.



Рис. 19. Повреждения от укусов.

Удары обутой ногой могут вызывать, кроме ссадин и кровоподтеков, переломы костей и более крупных, чем удары кулаком: костей верхней конечности, стопы, малой берцовой кости, особенно мыщелков. Встречаются также закрытые разрывы внутренних органов: печени, селезенки, желудка, кишок.

Сдавление груди коленом может вызвать перелом грудины, не прямые и прямые переломы ребер. Тупыми предметами, орудиями, оружием могут быть вызваны самые различные повреждения от поверхностных до глубоких и обширных. Характер их зависит от предмета и силы, с которой он действует на ткани (рис. 17—25, а). Поэтому при осмотре потерпевших требуется самое детальное исследование повреждения простым глазом, под стереомикроскопом, ультрафиолетовыми лучами. Последнее позволяет иногда выявить незаметные изменения, подкожные кровоизлияния, характерные загрязнения и другие особенности. Сопоставление предполагаемого или известного орудия с повреждением позволяет под-

твердить или исключить определенный предмет (рис. 26, 27). Большую помощь в этом может оказать и фотографирование как самого поврежденного, так и сопоставление его с орудием нападения. Повреждения должны быть измерены. Особые детали повреждения измерены, сфотографированы.



Рис. 20. Ссадина от сдавления шеи петлей (странгуляционная борозда).



Рис. 21. Царапины ногтями.



Рис. 22. Царапины ногтями.



Рис. 23. Ссадины от ударов тупым предметом.

фированы. Показ обстоятельств происшествия с обязательным последовательным фотографированием может иногда установить позу и взаиморасположение участников конфликта. Таковы в общих чертах методика исследования повреждений от тупых орудий, оружия, предметов.

Как извест
новить. посту
падения. Если
ризующих пр
диагностика о
ние на локал
такой локал
тупой предме
для этого ме
человек пос
ется затылком
ушибы мозга.
При падении

Рис. 24.

быть кровоп
на бок неред
реломы кост
Симметрично
верхности ко
Заключение
ем необходим
с обстоятельс
нужно к показу
производству
Осмотр по
зан с многими
ганов рассле
ствий. Значит
осмотра и ис
вия из-за со
ний. Оценка

Как известно, особые трудности возникают при необходимости установить, получены ли повреждения от удара тупым предметом или при падении. Если повреждения не имеют каких-либо особенностей, характеризующих предмет, причинивший повреждение, то дифференциальная диагностика очень трудна. В таких случаях необходимо обращать внимание на локализацию повреждения, возможность или невозможность при такой локализации возникновения повреждения от удара о какой-либо тупой предмет при падении. При падении могут возникать и типичные для этого механизма повреждения. Чаще всего во время ходьбы, когда человек поскользнулся, оступился, он падает навзничь на спину и ударяется затылком. При этом нередко бывают трещины затылочной кости и ушибы мозга. При падении на ягодицы возникают переломы копчика. При падении на бок или вперед, что встречается значительно реже, могут



Рис. 24. Повреждения от ударов велосипедной цепью на тыле кистей.

быть кровоподтеки на верхних конечностях, на лице. Падение вперед и на бок нередко происходит на вытянутую руку, при этом происходят переломы костей запястья, переломы нижнего эпифиза лучевой кости. Симметрично расположенные ссадины, кровоподтеки на передней поверхности коленных суставов, на ладонях наблюдаются при падении. Заключение о происхождении повреждений при объяснении их падением необходимо делать на основании сопоставления объективных данных с обстоятельствами происшествия. При необходимости следует прибегнуть к показу на месте происшествия или следственному эксперименту, проводимому следователем. Обширные повреждения наблюдаются при производственной травме (рис. 28, 29).

Осмотр пострадавших при автопроисшествиях нередко связан с многими и сложными вопросами эксперту. Главный интерес для органов расследования представляет механизм возникновения происшествий. Значительные затруднения возникают вследствие невозможности осмотра и исследования повреждений непосредственно после происшествия из-за состояния пострадавшего, обширности и тяжести повреждений. Оценка их производится по записям в истории болезни, которые

обычно не удовлетворяют судебно-медицинского эксперта. В них не учитывается то, что необходимо для экспертизы. Трудно судить о повреждениях и по имеющимся рентгеновским снимкам. Нужно учитывать типичные для автотранспортной травмы повреждения: следы на коже, которые могут долго сохраняться, переломы костей в определенных местах (баггер-переломы). Необходимо точное описание повреждений, их локализации, измерение уровня расположения повреждений. Все должно быть нанесено на схемы. Показ обстоятельств происшествия может быть осуществлен с другим человеком такого же роста и телосложения. Одежду



Рис 25. Повреждения велосипедной цепью волосистой части затылка (а) и спины (б).

следует рассматривать на нем же или на манекене. Сопоставление повреждений одежды и на теле с частями автомашины может дать представление о механизме их происхождения. Все моменты такого сопоставления должны быть сфотографированы и фотографии приложены к заключению эксперта. Целесообразнее такое сопоставление проводить в порядке следственного эксперимента.

Осмотр пострадавших с повреждениями от острых колюще-режущих орудий следует начинать с осмотра одежды, сопоставления повреждений одежды с повреждениями на теле. Предметы одежды, на которых имеются повреждения, должны быть изъяты, высушены и о них сообщается следователю. Последний и решает вопрос об

В них не учи-
ть о поврежде-
тывать типич-
коже, которые
х местах (ба-
й, их локали-
должно быть
кет быть осу-
ния. Одсжду



Рис. 26. Кровоподтек на коже спины от удара жгутом из проволоки. Сопоставление жгута из проволоки с повреждением (а, б).



Рис. 27. Сопоставление повреждения с причинив-
шим его предметом.

ение по-
ть пред-
го сопо-
ложены
оводить
колю-
и, сопо-
едметы
и, высу-
прос об

экспертизе одежды или выдаче ее потерпевшему. Одежда является очень важным вещественным доказательством при повреждениях острыми орудиями. Экспертиза ее может выяснить многие важные для расследования обстоятельства.

Осмотр повреждений желательно производить возможно ранее с обычной или бинокулярной лупой, операционным микроскопом. Повреждение обязательно фотографируется. Последующее увеличение снимка может выявить важные детали и особенности повреждения. Повреждение описывается, отмечается, имеется ли только основной или дополнитель-

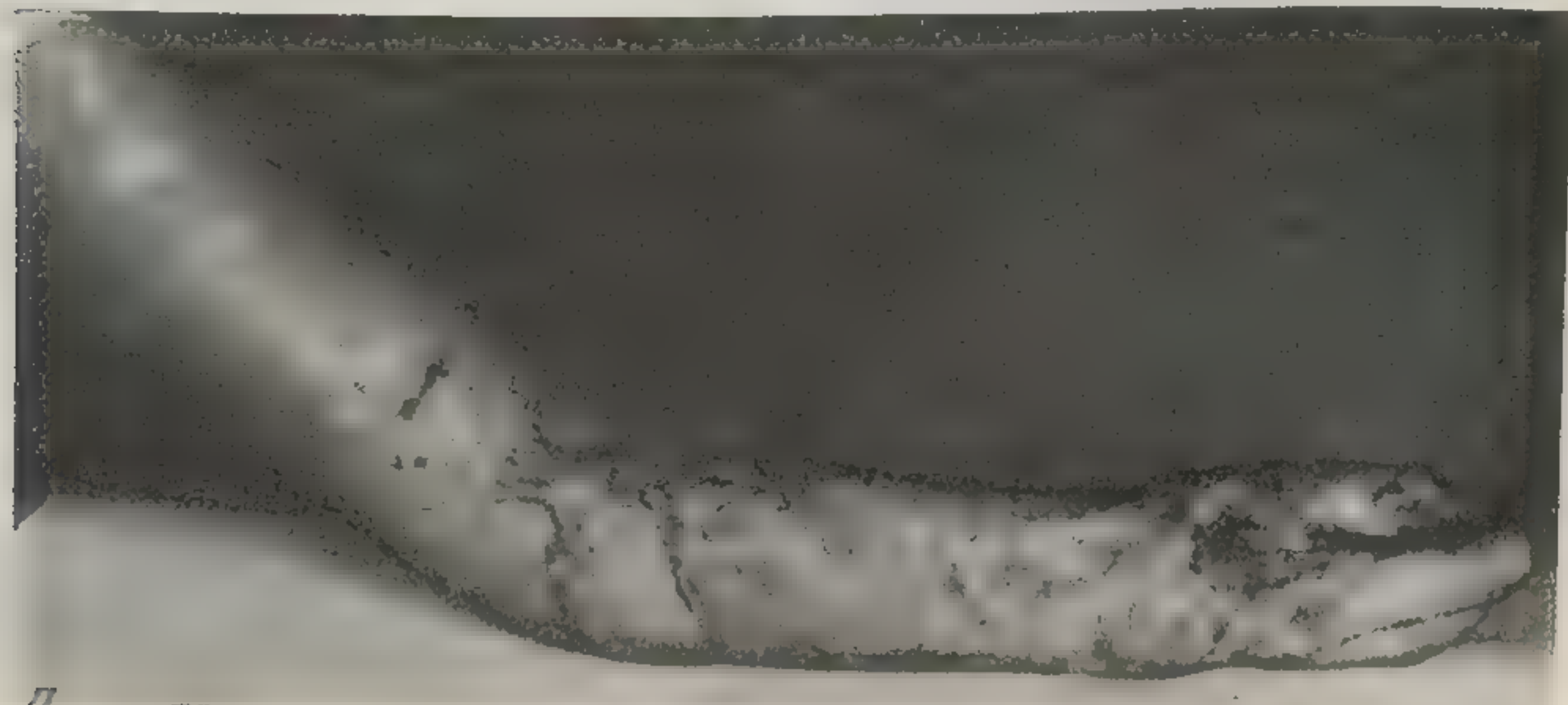


Рис. 28. Последствия производственной травмы — попадание в печатный станок (а, б).

ные разрезы, их расположение, направление, характер краев и углов раны, глубина повреждений и длина при сближенных краях. Особенности углов раны изучаются обязательно под лупой, лучше под бинокулярной. Характер углов может отражать особенности орудия, лезвия, обушка и др.

Исследование подживающего или заживающего повреждения дает уже меньшие возможности для выяснения особенностей орудия, причинившего повреждение. Если края раны не были иссечены хирургом, то измерение повреждения и его осмотр могут выяснить ширину клинка, был он односторонним или двусторонним, основной и дополнительный разрезы. Некоторое суждение об этих особенностях можно вынести и при осмотре рубцов. Края ран обычно иссекают хирургическим путем и края скрепляют хирургическими швами. Осмотр такой операционной раны уже ничего не дает. Иссеченные же края раны должны сохраняться. Их исследование позволяет нередко ответить на основные вопро-

сы следов
оператив
возможн
Иссече
в таком р
уменьшае
мышц, в
позволяет
двусторон
форму по

Рис. 29.

быми повре
творе форм
следования.
Нередко
морасполож
причинено
или нет? Оп
который ср
производит
за поврежд
Трудност
зием поз и
Возможн
ной рукой и
10*

сы следователя. Г. А. Савостин систематически исследовал иссеченные оперативным путем раны от острых орудий. Оказалось, что это дает возможность ответить на многие вопросы следователя.

Иссеченные хирургом ткани помещают в 2% формалин. Длина ран в таком растворе при длительном хранении или не изменяется, или уменьшается на 1—3 мм. Исследуют не только раны кожи, но и раны мышц, внутренних органов, удаленных при операции. Их исследование позволяет установить особенности орудия: ширину клинка, одно- или двустороннюю заточку клинка, форму обушка у колюще-режущих орудий; форму поперечного сечения у колющих орудий. Иссеченные у лиц с лю-



Рис. 29. Последствия производственной травмы — попадание под пресс (а, б).

быми повреждениями ткани нужно обязательно сохранять в слабом растворе формалина и передавать судебно-медицинскому эксперту для исследования.

Нередко органы расследования предлагают эксперту установить взаиморасположение и позу пострадавшего и нападавшего. Могло ли быть причинено повреждение при определенном положении пострадавшего или нет? Опыт показывает, что это один из наиболее трудных вопросов, который сравнительно редко удается разрешить. Его решение должно производиться в процессе следственного эксперимента на основе анализа повреждений тела, одежды, следов крови и других данных.

Трудности ответа на этот вопрос объясняются большим разнообразием поз и положений тела в момент конфликта.

Возможность или невозможность причинения повреждений собственной рукой и причинение их посторонней рукой устанавливается на осно-

вании оценки расположения повреждений, их глубины, количества, направления и других данных.

Повреждения от огнестрельного оружия встречаются, как было указано выше, редко. Порядок и методика исследования их такие же, как и повреждений острыми орудиями. Обязательно должна быть сохранена одежда для физико-технической экспертизы. На одежде могут быть обнаружены дополнительные следы выстрела: порошинки, копоть, смазка. Обнаружение их позволит определить расстояние выстрела и его направление. Поэтому с одеждой нужно обращаться очень бережно.

Осмотр огнестрельных повреждений непосредственно после происшествия обычно для эксперта невозможен. Пострадавший поступает в лечебное учреждение, где рану обрабатывают, кожу иссекают, накладывают швы.

Необходимо требовать от клиницистов подробного описания раны и сохранения иссеченных тканей в слабом растворе формалина. Исследование их нужно производить обязательно. Иссеченные ткани могут быть подвергнуты осмотру с лупой и необходимым дополнительным исследованиям. Следствие интересуется определением расстояния выстрела, направление выстрела, положение пострадавшего, оружия.

При выстрелах в неприкрытые области тела в окружности входного отверстия могут быть обнаружены копоть, внедрившиеся порошинки. Эти дополнительные следы выстрела могут сохраняться долгое время и после хирургической обработки раны. Если огнестрельные повреждения кожи иссечены хирургом, то определение входного и выходного отверстий при отсутствии следов близкого выстрела, смазки затрудняется. При слепом ранении необходима рентгенография. Последняя в мягких лучах может выявить пулевой канал. На рентгенограмме по пуле удавалось установить оружие, из которого был произведен выстрел. Если были повреждены кости, то по распределению осколков костей в мягких тканях может быть определено направление выстрела. Нужно только иметь в виду, что мелкие отломки кости могут отбрасываться и назад, по направлению к входному отверстию. Рентгенографию огнестрельного ранения нужно производить всегда. Рентгеновский снимок прилагается к заключению эксперта.

О дополнительных методах исследования при экспертизе повреждений указывалось выше.

Необходимые сведения можно получить в справочном пособии И. В. Виноградова и А. С. Гуреева.

Нередко эксперту ставят вопросы и о механизме повреждений. Часто необходимо установить, каков механизм возникновения повреждения, возникло ли повреждение от удара или при падении, или же возможен еще иной механизм возникновения повреждения.

Правильное разрешение этого вопроса имеет нередко весьма важное значение в процессе расследования в отношении привлечения к ответственности и квалификации действия.

Подобного рода вопросы, как и вопросы о происхождении повреждений от определенных видов орудий, в практике приходится разрешать очень часто. Поэтому судебно-медицинский эксперт должен быть хорошо подготовлен в области общей и судебно-медицинской травматологии.

Разрешение подобных вопросов при экспертизе живых лиц представляет значительные трудности. При экспертизе живых лиц эксперту не всегда приходится осматривать повреждения вскоре после их возникновения, так как потерпевший нуждается прежде всего в оказании меди-

цинской помощи. Когда же имеется возможность осматривать свежие повреждения, то эксперт лишен права детально исследовать повреждение во избежание внесения инфекции и других осложнений, а ограничиваться описанием того, что видит.

Потерпевший обычно подвергается осмотру спустя некоторое время после врачебного вмешательства, оказания помощи, длительного лечения, а иногда только после заживления повреждения. Это значительно затрудняет исследование повреждений и установление их происхождения и механизма. В таких случаях приходится пользоваться медицинскими документами, рентгеновскими снимками, иногда дополнительным допросом медицинского персонала, принимавшего и оказывавшего помощь пострадавшему. Допрос производится следователем, целесообразно и желательно с участием судебно-медицинского эксперта. При допросе выясняются особенности и характер повреждения, хирургического вмешательства и других мероприятий, течения и исхода повреждения, что необходимо эксперту для разрешения поставленных перед ним вопросов.

Обычно выявление и установление механизма травмы производятся в процессе дополнительной экспертизы, а не при осмотре потерпевшего. Нередко при этом требуется проведение и других видов экспертизы: криминалистической, судебно-химической, а также следственного эксперимента.

Приведем несколько примеров экспертиз.

1. Мужчина, 52 лет, ехал в машине своего знакомого. Последний вел машину по узкому переулку. В переулке по какому-то поводу собралась толпа. Владелец машины, подавая сигналы, осторожно, тихим ходом, вел машину через толпу и слегка задел двух пьяных субъектов. Последние набросились на водителя, вынудив его совсем остановить машину. Его знакомый, желая избежать скандала, вышел из машины и стал быстро уходить, а затем побежал через изрытую площадку одного из ближайших дворов. Его стали догонять два сотрудника милиции, один из которых схватил его за левое плечо. В этот момент убегавший почувствовал резкую боль в ноге, упал и не мог подняться. Его доставили в больницу, где был обнаружен перелом обеих мышечков правого голеностопного сустава. При расследовании этого происшествия пострадавший заявил, что в момент задержания его ударили ногой в область голеностопного сустава, отчего и возник перелом. Преследовавший же потерпевшего заявил, что когда он его догнал и схватил за плечо, то потерпевший резко повернулся на бегу, вскрикнул и упал.

Следователю весьма важно было установить, отчего возник перелом костей голени: от удара по ноге или механизм перелома иной. Этот вопрос и был предложен судебно-медицинской экспертизе.

Эксперты в своем заключении ответили, что такой перелом обеих мышечков голени не мог произойти от удара по ноге. Механизм такого перелома хорошо известен и заключается в том, что при плотно фиксированной стопе происходит резкий поворот голени. Это и приводит к перелому обеих мышечков. Такой механизм перелома имел место и в данном случае, когда потерпевший во время бега резко повернулся на фиксированной правой ноге.

2. В больницу была доставлена гр-ом Л. гр-ка Ж. У нее был обнаружен спиральный перелом правой плечевой кости. Ж. заявила, что в загородном парке, где она познакомилась с Л., он завел ее в отдаленную часть парка и пытался изнасиловать. Так как она сопротивлялась, то Л. стал вывертывать ей руку, и в это время она почувствовала резкую боль в правом плече, отчего громко закричала. Л. после этого повез ее в больницу.

Л. отрицал попытку изнасилования. Он заявил, что Ж. добровольно согласилась на половое сношение с ним. Но когда они пытались совершить половой акт на стоявшей вблизи скамейке, то упали, и Л. упал на Ж., у которой при этом подвернулась рука. Следствию, конечно, весьма важно было выяснить механизм перелома плеча у Ж.

На экспертизу была представлена вместе с историей болезни рентгенограмма руки Ж. со спиральным переломом плечевой кости. Экспертная комиссия с участием высококвалифицированного травматолога пришла к выводу, что подобный перелом не мог произойти при падении на руку, а мог возникнуть при поворачивании плеча вокруг продольной оси, в частности при выкручивании рук.

З. Б., 43 лет, был доставлен в больницу в состоянии сильного алкогольного опьянения с телесными повреждениями. Б. не мог рассказать, что с ним произошло. Вследствие сильного опьянения он ничего не помнил.

Клинический диагноз: опьянение; рваная рана промежности с отрывом прямой кишки от ануса, с повреждением сфинктера и обширной отслойкой кожи. Шок II степени. Ушибленная рана левой теменной области. Рана III пальца левой кисти с повреждением сухожилий.

При поступлении у него было обнаружено следующее: обширная гематома, занимающая левую пахово-подвздошную область, левое бедро и голень. На голени и бедре имеется крепитация, на правом бедре — кровоподтеки. Рваная рана в области ануса размером 8×5 см с циркулярным отрывом кишки от кожи и обширной отслойкой кожи кзади до середины крестца и кпереди до лобка. Ушибленная рана теменной области слева размером 4×1,5 см и рана ногтевой фаланги III пальца левой кисти с повреждением сухожилия. Перед судебно-медицинскими экспертами был поставлен вопрос о происхождении и механизме повреждения у Б.

Дано следующее заключение: у Б. обнаружены обширные повреждения, занимающие большую протяженность. Большая протяженность повреждений, разрывы кожи промежности с обширным отслоением ткани свидетельствуют о том, что в этой области имело место придавливание мягких тканей тяжелым движущимся телом. Обширные отслоения кожи в области крестца и лобка с разрывами ее на промежности могут быть объяснены прижатием кожи со значительным натяжением ее в области крестца, лобка, промежности. Такие повреждения наблюдаются при наезде, например, краем колеса автомашины, что вызывает обширное натяжение и отслоение кожи от подлежащих тканей, иногда с разрывами ее. Это и произошло с Б. Повреждения у Б. не могли возникнуть от воздействия силы человека (удар кулаком, ногами).

Этой главой заканчивается рассмотрение основных вопросов экспертизы телесных повреждений.

Глава X

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РУБЦОВ КОЖИ

Органам расследования и суду в ряде случаев необходимо выяснить происхождение и давность рубцов кожи. Особенно такая необходимость возникает при указаниях на попытку скрыть истинное происхождение рубца.

Кожные рубцы могут быть исходом каких-либо общих и местных заболеваний, сопровождающихся патологическими процессами в коже, и последствием внешних воздействий на кожу — механической травмы, высокой температуры и других. Дифференциальная диагностика рубцов нетравматического и травматического происхождения нередко затруднительна. Специальное «Судебно-медицинское исследование рубцов кожи» опубликовано И. М. Серебренниковым.

Рубцы остаются после многих патологических процессов в коже и подкожной клетчатке: сифилиса, туберкулеза, оспы, фурункулеза и многих других. По некоторым рубцам можно без особого труда распознать бывшие заболевания (оспа, фурункулез, гуммозный сифилис). В то же время, например, отдельные фурункулы могут оставлять рубцы, похожие на рубцы после огнестрельных пулевых ранений. Характерные особенности имеют рубцы после ожогов, резаных ран.

Рубцы после пулевых ранений. Рубец на месте входного отверстия имеет обычно округлую и слегка овальную, большей частью неправильную, форму и неровный край. Последний может быть пигментирован. Рубцы на месте выходного отверстия имеют неправильную форму, иногда с лучистыми, слегка втянутыми краями.

От выстрелов на близком расстоянии в области рубца могут остаться внедрившиеся в кожу отдельные порошинки и мелкие металлические ча-

стички. Последние могут быть выявлены рентгенологическим исследованием, особенно в мягких лучах. Рубцы на месте входного отверстия от выстрела ■ упор имеют большие размеры, чем рубец от выходного отверстия, часто лучистую или неправильную форму вследствие разрывов краев входного отверстия. В рубце могут оказаться вкрапленными отдельные порошинки и частички металлов.

Рубцы после повреждений острыми орудиями зависят от характера заживления раны. При заживлении раны первичным натяжением рубец имеет, как правило, линейную форму и к концам истончается. Эти особенности позволяют судить и о направлении движения лезвия. Подвижность рубца зависит от глубины повреждения.

Заживление раны вторичным натяжением оставляет рубец неправильной линейной формы, значительно превышающий по ширине лезвие. При затупленных лезвиях отличить рубцы после ран от острых орудий и после тупых предметов невозможно.

Рубцы от повреждений колющими орудиями могут иметь форму поперечного сечения орудия, причинившего повреждение. Однако это скорее является исключением. Форма и величина рубцов после колотых и колото-резаных ран бывают различные. В некоторых случаях рубцы колотых ран имеют внешнее сходство с рубцами после пулевых ранений.

Рубцы после рубленых ран имеют характер рубцов от острых орудий, линейную форму. Они более глубоки, спаяны с подлежащими тканями, иногда с поврежденными костями.

Рубцы после повреждений тупыми предметами могут в отдельных случаях, особенно над гранями костей, по внешнему виду напоминать рубцы от острых орудий. В большинстве случаев повреждения от тупых орудий заживают вторичным натяжением. Поэтому рубцы после таких повреждений имеют неправильную форму, неровные края и нередко спаяны с подлежащими тканями, особенно ■ области костей.

Заживление ран вторичным натяжением может значительно изменить форму рубца, что делает невозможным определение по рубцу орудия, причинившего повреждение.

Несмотря на значительные трудности, детальное изучение рубца с применением всех существующих методов исследования может дать возможность установить происхождение повреждения, вызвавшего образование рубца.

Определение давности рубца производится по его особенностям: плотности, цвету, поверхности, подвижности и другим особенностям. В формировании рубца отмечают несколько стадий, переходящих одна в другую без резких границ (Н. М. Михельсон, 1947).

Первая стадия заключается в эпителизации созревающей грануляционной ткани, еще богатой сосудами. В этой же стадии в связи с развитием волокнистой соединительной ткани и уменьшением сосудистой сети происходят уплотнение и некоторое побледнение рубца, что продолжается от 2 до 3 недель. Во второй стадии происходят набухание и покраснение рубца. Этому сопутствуют болезненность и чувствительность области рубца. Указанные явления в течение 3-й и 4-й недели стихают, окраска рубца становится цианотичной. В третьей стадии происходят уплотнение и побледнение рубца. Поверхность его вследствие неравномерного уплотнения становится бугристой. Этот процесс также продолжается около 2—3 недель. В четвертой стадии рубец несколько размягчается, становится подвижным.

Весь период формирования и изменения рубца продолжается около 4 месяцев. Но это только ■ самых общих чертах. Разнообразие повреж-

дений в сочетании с широким диапазоном индивидуальных особенностей значительно влияет на характер и особенности формирования рубца и дальнейшее его изменение. И. М. Серебренников приводит ориентировочные данные об особенностях изменений внешнего вида рубца ■ различные сроки давности (табл. 7).

Таблица 7

Давность рубца	Свойства рубца		
	цвет и оттенки	плотность	другие признаки
До 1 месяца	Розоватый, позднее красноватый с синюшным оттенком	Мягкий	Плоский, нежный, покрыт корочками
1—2 месяца	Красноватый, с различными оттенками фиолетового, чаще темно-фиолетовый	Плотноватый	Выпуклый, малоподвижный
2—3 месяца	Красноватый. Синюшность постепенно уменьшается	Плотный на всем протяжении	Выпуклый, гипертрофического характера
3—6 месяцев	Синюшность исчезает. Начинает преобладать розовый цвет	Постепенно размягчается	Выпуклый, иногда втянутый или на уровне окружающей кожи
От 6 месяцев до 1½ лет	Бледно-розовый. Появляется коричневая окраска различных оттенков. Позднее белесоватый, с отдельными участками коричневого цвета	Слегка плотноватый или мягкий. Плотность ткани рубца неодинаковая	Поверхность неровная или гладкая, блестящая, расположена на уровне или ниже уровня кожи
Свыше 1½ лет	Чаще белесоватый (белый), реже — коричневый	Мягкий, плотноватые тяжи или плотный на всем протяжении	Тонкий, атрофический, блестящий, иногда выпуклый

Методика судебно-медицинской экспертизы рубцов кожи. Освидетельствование ведется в обычном порядке, принятом для экспертизы по поводу повреждений. Вначале необходимо ознакомиться с материалами дела, особенно с медицинскими документами, уяснить цель экспертизы, вопросы, подлежащие разрешению. Затем переходят к собиранию анамнеза, жалобам. После этого подробно осматривают, описывают и фотографируют рубец. При описании отмечают следующие особенности рубца: месторасположение, форму, размеры, поверхность, подвижность, плотность, цвет, отношение к окружающим тканям и состояние последних. Для выявления невидимых, мало заметных рубцов И. М. Серебренников рекомендует накладывать на место рубца горячие компрессы. Сосуды кожи расширяются и на фоне гиперемизированной кожи выявляются бледные участки рубцов.

Придавливание рубца стеклом позволяет обнаружить иногда на фоне побледневшего участка посторонние включения. Последние из поверхностных слоев кожи удается иногда извлечь и подвергнуть судебно-химическому исследованию. Для выявления сосудов в рубце, если они не заметны, наносят на рубец каплю кедрового или вазелинового масла для просветления поверхностных слоев эпидермиса.

В необходимых случаях проводятся дополнительные исследования. Рентгенологическое исследование позволяет видеть инородные включе-

ния и частички, что очень важно для выяснения происхождения повреждения. Исследование рубцов в ультрафиолетовых лучах выявляет невидимые при обычном освещении и мало заметные рубцы и осаднения, различную давность рубцов. Перед этим исследуемый участок кожи хорошо протирают с мылом, чтобы избежать флюоресценции посторонних, загрязняющих кожу веществ, и затем осматривают под лучами ртутно-кварцевой лампы с фильтром.

И. М. Серебренников предложил применять для исследования рубцов кожи капилляроскопию. Последняя позволяет выявлять детали рубцов и некоторые особенности васкуляризации. Это дает возможность судить о давности рубцов. Результаты исследований можно видеть в табл. 8.

Таблица 8

Давность рубца	Капилляроскопическая картина
Примерно до 2 недель	Фон рубцовой ткани ясный, бледно-розовый. Сосуды в стадии развития, идут от краев рубца, но не доходят до центра и не анастомозируют. Центр рубца бледный. Пигментация рубца и окружающей кожи отсутствует
2 недели — 1 месяц	Фон розовый. Бледная центральная часть рубца суживается. Сосуды с краев подходят ближе друг к другу. Пигментация отсутствует
1—2 месяца	Фон равномерно красновато-синюшный, мутный. Сосуды расширены, идут через весь рубец, анастомозируют. Количество их увеличивается
2—6 месяцев	Синюшность фона постепенно уменьшается. Фон становится яснее и приобретает розоватую окраску. Появляется пигментация рубца. Количество сосудов постепенно уменьшается
6 месяцев — 1 год	Фон бледно-розовый, ясный, позднее коричневый, иногда неоднородный. Количество сосудов уменьшается, они становятся узкими. Появляются мелкие складки на поверхности рубца. Видны отдельные крупные сосуды
Более 1 года	Фон серовато-белый или бледно-коричневый, иногда неоднородный. Сосудов мало, они расположены гнездами. Капилляры окружающей кожи вблизи рубца имеют наклон в сторону рубца, узкие

Заключение судебно-медицинского эксперта по поводу установления происхождения и давности рубцов

24/IV 1966 г. на основании постановления народного следователя гор. К., юриста III класса Н. М. Жукова, от 20/IV 1966 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы гор. К. Н. Виноградов произвел освидетельствование гр-на С., 45 лет, для установления происхождения и давности имеющихся у него рубцов.

Обстоятельства дела. Гр-н С. заявил, что во время войны 15/IX 1943 г. при обстреле с самолета он был ранен осколками снаряда в правую руку и левую ногу. По поводу полученных ранений находился на излечении в госпитале. Рана на ноге не заживала более года. В 1945 г. сделана операция и извлечен осколок из левой ноги. Более подробных сведений о методах лечения ранений сообщить не может. Документы, подтверждающие наличие ранения, С. утерял. Поэтому и направляется для экспертизы. Жалобы на боли в левой ноге при длительной ходьбе.

Объективные данные: свидетельствуемый правильного, крепкого телосложения, хорошего питания. На задней поверхности левого бедра, в верхней его трети, расположен поперечно по отношению к длиннику бедра полукруглой формы рубец размером 13×4 см, глубоко втянутый, лучистый, пигментированный. Рубец плотноват на ощупь, малоподвижен. Края рубца неровные. Поверхность рубца складчатая. Под кожей, ниже рубца, видны расширенные вены. В 5 см от описанного выше рубца, око-

ю ягодичной складки, расположен другой рубец, неправильно овальной формы, размером $2,5 \times 2$ см. Этот рубец имеет бледно-коричневую окраску, слегка втянут, мягкий, подвижный. Окружность левого бедра по сравнению с правым меньше на 3,5 см. Мышцы левого бедра дрябловаты на ощупь. На передненаружной поверхности правого локтевого сустава обнаружен рубец размером 10×3 см, неправильно-линейной формы, слегка плотноватый, темно-коричневого цвета по периферии и светло-коричневого — в центральной части. Края рубца неровные. Рубец подвижен, не спаян с подлежащими тканями. Движения в локтевом суставе в полном объеме. При ощупывании мягких тканей правого предплечья под кожей внутренней поверхности его обнаружено два плотных инородных тела размером приблизительно $0,5 \times 0,5$ см каждое. На рентгеновских снимках верхней трети левого бедра и правого локтевого сустава в мягких тканях обнаружено большое количество мелких инородных тел.

Выводы. На основании данных объективного исследования гр-на С. прихожу к заключению, что у него имеются обширные кожные рубцы в области левого бедра и правого локтевого сустава, которые являются последствием множественных слепых осколочных ранений. Это подтверждается также результатами рентгеновского обследования С., при котором в мягких тканях указанных выше областей обнаружены многочисленные инородные металлические тела.

Давность рубцов в настоящее время точно установить не представляется возможным. Однако не исключено, что они могут быть следствием осколочных ранений, полученных в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

(Виноградов)

Заключение судебно-медицинской экспертизы

28/1 1967 г. на основании постановления народного следователя прокуратуры города Л., юриста III класса Свиридова А. В., от 27/1 1967 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы города Л. Головин И. П. произвел освидетельствование гр-на Синилова Константина Петровича, 55 лет, для разрешения следующих вопросов.

1. Имеются ли рубцы на теле гр-на Синилова К. П. и если имеются, то каково их происхождение?

2. Не явились ли эти рубцы следствием огнестрельного ранения или возникли от другой причины?

3. Какова давность рубцов?

Обстоятельства дела. Из постановления о назначении экспертизы известно, что 5/VII 1966 г. во время драки на улице Октябрьской в г. Л. ударом ножа был убит гр-н Петров. Следствие располагает данными, что в этой драке мог участвовать и гр-н Синилов, который, по показаниям свидетеля Шилова, получил повреждения лица от удара палкой. При освидетельствовании гр-н Синилов заявил, что в драке он участия не принимал, а имеющиеся у него «шрамы» возникли от огнестрельного ранения лица, полученного в бою на фронте в марте 1945 г. После получения ранения он лечился в госпитале. Ранагноилась и заживала около 2 месяцев. Медицинских документов о бывшем ранении не сохранилось.

Объективные данные: свидетельствуемый правильного телосложения, хорошего питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски. На лице, в области надпереносья, имеется неправильно округлой формы рубец размером $1,5 \times 2$ см, с неровными краями, втянутый, малоподвижный, тонкий, спаянный с костью. Цвет рубца бледно-коричневый, поверхность его расположена ниже уровня окружающей кожи. Отмечается деформация лобной кости в области рубца соответственно лобной пазухе. При исследовании рубца (на поверхность которого предварительно нанесено кедровое масло) под биологическим-стереоскопическим микроскопом с различными увеличениями виден бледно-коричневый, ясный фон рубцовой ткани; кровеносных сосудов в рубце очень мало, расположены они группами.

На рентгенограмме черепа № 4464 от 28/1 1967 г. определяется асимметрия лобных пазух, передняя стенка их деформирована. Обнаружена тень от инородного тела неправильной формы размером $0,2 \times 0,1$ см.

На коже лба, параллельно левой брови, выше нее на 0,5 см, расположен рубец неправильно линейной формы размером $2,3 \times 0,2$ см, с неровными краями, плотноватый на ощупь, синевато-розовой окраски. Лобная кость под рубцом на ощупь гладкая. При исследовании этого рубца под МБС-1 фон рубца розовато-синюшный, несколько мутноватый, с большим количеством мелких расширенных сосудов в поверхностном слое рубцовой ткани.

Выводы. На основании данных освидетельствования гр-на Синилова К. П. и дополнительных исследований (рентгенологического и капилляроскопического) прихожу к следующим выводам.

1. На лице гр-на Синилова обнаружены два рубца — один в области надпереносья, другой в области лба слева. Рубец в области надпереносья является результатом раны

с повреждением передней стенки лобной пазухи, зажившей вторичным натяжением. Наличие инородного тела металлической плотности в этой области подтверждает возможность возникновения этого рубца в результате слепого осколочного ранения.

Другой рубец (в области лба слева) является результатом раны мягких тканей, зажившей первичным натяжением.

Судя по характеру рубцов (плотности, цвету), они произошли одновременно. Точно установить давность рубца в области надпереносья в настоящее время не представляется возможным, давность его больше 1—2 лет. Рубец в области лба слева находится в стадии формирования и давность его менее 1 года. Он мог возникнуть в результате ушибленной раны и срок, указанный в постановлении о назначении экспертизы (6 месяцев назад).

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны. По статьям 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

(Головин)

После предъявления гр-ну Синилову заключения экспертизы он признался в том, что был участником драки 5/VII 1961 г. и получил удар палкой по лицу.

Глава XI

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЗАРАЖЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Заражение венерической болезнью — преступление против здоровья человека; оно рассматривается в уголовном праве как телесное повреждение.

Уголовный кодекс РСФСР предусматривает это преступление ст. 115. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается лишением свободы на срок до 3 лет или исправительными работами на срок до 1 года.

Виновный в заражении любой венерической болезнью привлекается к уголовной ответственности только в том случае, если он знал о наличии у него этой болезни. Не имеет значения, каким путем произошло заражение: половым путем или неполовым, при несоблюдении необходимых мер личной гигиены, так называемое бытовое заражение.

Если же больной лечился и у него были основания считать, что он вылечился или было ошибочное медицинское заключение об излечении, а на самом деле излечения не было и вследствие этого произошло заражение, то ответственность по ст. 115 исключается.

Прежде всего нужно уточнить, какие болезни считаются венерическими. Это необходимо потому, что в медицинской литературе встречается расширительное толкование понятия «венерическая болезнь».

Венерическими болезнями являются: сифилис (люэс), гонорея (триппер), мягкий шанкр, четвертая венерическая болезнь (паховый лимфогранулематоз, болезнь Николя — Фавра).

О заражении только этими инфекционными половыми заболеваниями и может идти речь при привлечении к ответственности по ст. 115 УК РСФСР.

Это необходимо подчеркнуть, так как некоторые медицинские специалисты включают в венерические болезни и некоторые другие инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, например трихомонадные заболевания, неспецифические воспаления мочеиспускательного канала (уретры) негонорейного происхождения. Последние передаются также половым путем. Заражение ими может происходить при половом сношении, развратных действиях с несовершеннолетними. Однако сведе-

ния об этих заболеваниях и о заражении ими половым путем известны лишь ограниченному кругу специалистов, но не широкой массе населения, как это имеет место по отношению к четырем перечисленным выше заболеваниям.

Заявление о заражении венерической болезнью может поступать от самого больного, из венерологического диспансера или другого лечебного учреждения, куда заболевший обратился по поводу лечения. У больного венерической болезнью выясняется источник заражения. Субъект, от которого, возможно, произошло заражение, также подвергается обследованию для выявления у него венерического заболевания. В медицинские документы заносятся все сведения об обоих больных, симптомы заболевания у каждого и диагноз.

Поэтому при назначении экспертизы по поводу установления заражения венерической болезнью необходимо получить через следователя все медицинские документы из всех лечебных учреждений, где могли обследоваться и лечиться оба заболевших. При наличии нескольких заболевших, указывающих один источник заражения, медицинские документы должны быть получены на всех. Нужно требовать подлинные документы или их копии, а не выписки. Углубленное изучение документов позволяет составить представление о начале, последовательности и развитии заболевания у каждого больного.

После изучения документов и составления «обстоятельств дела» переходят к осмотру каждого из заболевших. Осмотр проводится в обычном порядке. Повторно собираются анамнестические данные, жалобы и проводится объективное исследование. Весь ход обследования подробно описывается. Полученные медицинские документы сопоставляются с данными объективного исследования и на основании анализа всего материала составляется заключение о последовательности заболеваний каждого субъекта и о том, кто из обследуемых мог явиться источником заражения одного или нескольких человек.

Примеры. 1. Н., 20 лет, направлена для выяснения, не болела ли она какой-либо венерической болезнью.

Обстоятельства дела. В августе 1966 г. во время экскурсии Н. познакомилась с гр-ом Х., с которым была в одной экскурсионной группе. Она рассказала, что по пути из Л. в тамбуре вагона 18/VIII 1966 г. Х. пытался совершить с ней половой акт. Он завернул ей левую руку за спину, с силой прижал ее к стенке тамбура, разорвал белье и дотронулся своим половым членом до ее половых органов. Н. колени ударила его в область половых органов. Х. застонал от боли, ушел в вагон и лег на полку.

Первый и единственный половой акт Н. имела в мае 1966 г. Венерическими болезнями никогда не болела, жалоб не предъявляет.

Объективные данные: телосложение правильное, питание удовлетворительное, кожные покровы чистые, нормальной окраски. Лимфатические железы не увеличены, локтевые железы не прощупываются, молочные железы обычного строения. Оволосение в подмышечных ямках слабо выражено. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение в области лобка хорошо выражено по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища гиперемирована. Девственная плева имеет старые разрывы на 4 и 7 часах по циферблату. Из наружного зева матки отмечаются гнойные выделения, желтовато-зеленого цвета. Реакции Вассермана — Кана — цитохоловая отрицательные. При обследовании в Венерологическом институте 11/IX 1966 г. никаких объективных признаков венерических заболеваний у Н. не обнаружено. При обследовании на гоноорею при шестикратном взятии мазков из уретры и цервикального канала и в мазках, взятых после провокации, гонококков Нейссера не обнаружено.

Гр-н Х. заявил, что 24—25/VIII 1966 г. у него появились признаки гонорейного заболевания (выделения из уретры, резь при мочеиспускании). Принимая во внимание, что инкубационный период острой гонореи обычно продолжается от 3 до 7 дней, можно полагать, что Х. мог иметь половое сношение в течение 3—7 дней до появления у него признаков гонорейного заболевания.

Заключение. 1. Учитывая, что после провокации мазки исследовали однократно и не исследовали мазков из прямой кишки, дать окончательное заключение об отсутствии у Н. заболевания гонореей не представляется возможным.

2. Ввиду о
шин заболевани
для самой бол
знать о нали
3. Отсутствие
результат иссле
основание счита
2. Гр-ка Г.
го заболевания.
Обстоят
сифилисом и 28
один курс лечени
на была явиться
ния не закончил
гр-на Р., с кото
1966 г., у котор
т. е. с 1962 год
второй ребенок.
болела. Жалоб н
На разрешен
в настоящее вре
заболевания; 3)
жающих и если
Объективные
кие узлы не уве
знаки выражены
нутые рубчики. I
го прохода проя
матки имеются к
выделение.
Из представл
№..., выданной ве
источник заражен
жено: паховые ж
имеются две боль
дивный, специфич
на излечении в бо
латорно в венерол
начала спустя 2 1/2
В начале лечения
тельная. Второй к
указано, что гр-ка
1966 г. Клинически
заднего прохода; г
осложнений не бы
сяц приступить ко
Выписка из ис
сифилис первичный
ти; двусторонний
Осложнений не бы
3 а к л ю ч е н и
выписки из истории
шему заключению.
1. В конце мая
левания, вторичного
тически прервала ле
ния частично, в то
шесть полных курсо
продолжает остават
2. Отсутствие пр
результат серореак
опасна для окружа
у нее может возник
для окружающих в с
путем.
3. Гр-ка М., 36 л
заболевания и возмож
Обстоятельс
лении поликлиники п

2. Ввиду особенностей анатомо-физиологического строения половых органов у женщин заболевание гонореей у них нередко протекает без ясных субъективных признаков для самой больной. Поэтому в ряде случаев женщины, больные гонореей, могут не знать о наличии у них этого заболевания.

3. Отсутствие объективных признаков заболевания сифилисом и отрицательный результат исследования крови на реакцию Вассермана и осадочную реакцию дают основание считать, что гр-ка Н. сифилисом не страдает.

2. Гр-ка Г., 23 лет, свидетельствуется для определения наличия у нее венерического заболевания.

Обстоятельства дела. В мае 1966 г. у Г. было обнаружено заболевание сифилисом и 28/V 1966 г. она была госпитализирована. В больнице ей был проведен один курс лечения, которое она закончила в венерологическом диспансере № 3. Г. должна была явиться в диспансер через месяц для продолжения лечения. Второй курс лечения не закончила и больше вообще не лечилась. Предполагает, что заразилась от гр-на Р., с которым жила в феврале 1966 г. После него жила с гр-ном Б. в апреле 1966 г., у которого был обнаружен сифилис. Половой жизнью начала жить с 19 лет, т. е. с 1962 года. В 1964 г. в мае родился первый ребенок, в 1965 г. в октябре — второй ребенок. На учете в венерологическом диспансере с мая 1966 г. Гонореей не болела. Жалоб не предъявляет.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы: 1) больна ли гр-ка Г. в настоящее время венерическим заболеванием; 2) если больна, то в какой стадии заболевания; 3) может ли Г. в настоящее время являться источником заражения окружающих и если может, то каким путем.

Объективные данные: кожные покровы нормальной окраски, чистые. Лимфатические узлы не увеличены, локтевые железы не прощупываются. Вторичные половые признаки выражены хорошо. В области мягкого неба и язычка имеются несколько втянутые рубчики. Наружные половые органы развиты правильно, в области их и заднего прохода проявлений сифилиса не обнаружено. На передней и задней губах шейки матки имеются красноватые эрозии; из отверстий шейки матки значительное гнойное выделение.

Из представленной копии медицинской карты больной венерическим заболеванием №..., выданной венерологическим диспансером № 3, видно, что гр-ка Г. выявлена как источник заражения сифилисом гр-на Б. 28/V 1966 г. При осмотре ее было обнаружено: паховые железы увеличены с обеих сторон. В области малых половых губ имеются две большие плоские мокнущие папулы. Диагноз: сифилис вторичный, рецидивный, специфические папулы. 28/V 1966 г. Г. была госпитализирована и находилась на излечении в больнице до 12/VII 1966 г. После больницы продолжала лечение амбулаторно в венерологическом диспансере, лечилась нерегулярно. Второй курс лечения начала спустя 2 1/2 месяца после окончания первого и то с вызовом через милицию. В начале лечения реакция Вассермана + + + +, после окончания первого курса отрицательная. Второй курс лечения прекратила самовольно. В выписке из истории болезни указано, что гр-ка Г. находилась на стационарном лечении с 28/V 1966 г. по 12/VII 1966 г. Клинический диагноз: сифилис II, рецидивный (папулезные высыпания вокруг заднего прохода; гипертрофическая специфическая ангина). Лечение перенесла хорошо, осложнений не было. Рекомендовано закончить первый курс амбулаторно и через месяц приступить ко второму курсу.

Выписка из истории болезни №... от 5/IV г. больного Б. Клинический диагноз: сифилис первичный, серопозитивный. Твердые шанкры внутреннего листка крайней плоти; двусторонний паховый склероденит, дорсальный лимфангит полового члена. Осложнений не было. Рекомендовано лечение закончить амбулаторно.

Заключение: на основании судебно-медицинского освидетельствования гр-ки Г., выписки из истории болезни №..., копии медицинской карты №... прихожу к следующему заключению.

1. В конце мая 1966 г. у гр-ки Г. было установлено наличие венерического заболевания, вторичного рецидивного сифилиса. Учитывая, что она с самого начала фактически прервала лечение (ей были проведены один курс полностью и один курс лечения частично, в то время как для этой стадии заболевания необходимо проведение шести полных курсов), надо считать, что заболевание у нее не ликвидировано, и она продолжает оставаться больной сифилисом в той же стадии.

2. Отсутствие проявлений сифилиса на коже и слизистой, а также отрицательный результат серореакции дают основание полагать, что в настоящий момент Г. не опасна для окружающих с точки зрения заражения сифилисом, но в любой момент у нее может возникнуть рецидивная болезнь, и она может оказаться крайне опасной для окружающих в смысле распространения заболевания как бытовым, так и половым путем.

3. Гр-ка М., 36 лет, свидетельствуется для определения наличия венерического заболевания и возможности заражения от нее окружающих.

Обстоятельства дела. В конце 1965 г. лечилась в венерологическом отделении поликлиники по поводу гонорей. В 1966 г. поликлинику не посещала. 18/VII

1966 г. милицией была доставлена в венерологический диспансер, где ей сказали, что она больна сифилисом. За 2 дня до этого заметила у себя на половых органах и бедрах мелкие язвочки и почувствовала неприятные ощущения. 18/VII 1966 г. из отделения милиции была доставлена в больницу, где находилась на излечении 3 месяца. В больнице увидела человека, фамилию которого не знала, но заявила, что считает его источником заражения сифилисом, так как имела с ним половое сношение 11/IV или 12/IV 1966 г. После него имела половые сношения в июне 1966 г. с Л. и Ш.

В больнице М. получила один курс лечения, после чего выписана и должна была через месяц вернуться для продолжения лечения, но не явилась. 22/XI 1966 г. она была задержана. В заключении получила лечение. Жалобы на головные боли.

Из постановления следователя известно, что М. в мае — июне 1966 г. вступала в половую связь с Б., К., Ш., О. и Л., которых заразила сифилисом.

Объективные данные: кожа чистая, обычной окраски. Паховые лимфатические железы размером до $0,5 \times 0,3$ см, плотные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Локтевые и подмышечные лимфатические узлы единичные, такого же характера.

Из истории болезни М. видно: поступила 18/VII 1966 г. со вторичным, рецидивным сифилисом. На волосистой части головы себорейные папулы. В области крыльев носа справа розеолезные высыпания, такие же и на коже туловища, в области наружных половых органов, на лобке, верхней трети бедер, на подошвах. В области волосистой части головы папулы величиной с чечевичку, плотные, эластичные, серо-красного цвета, покрыты чешуйками, расположены изолированно. В области носогубной складки справа, на коже туловища пятнистые высыпания розово-красного цвета величиной с чечевичку и больше, правильных округлых очертаний. Поверхность их гладкая, шелушащаяся. При надавливании папулы исчезают и вновь появляются. Такие же папулы на коже других областей тела. Лимфатические узлы: паховые, подмышечные, половые, подчелюстные величиной с фасоль, плотные, безболезненные, с окружающими тканями и между собой не спаяны. Выписана 17/X 1966 г. с явкой через месяц для проведения второго курса лечения. Диагноз: вторичный, рецидивный сифилис; розеола туловища; эрозивные и папулезные элементы на половых органах, вокруг заднего прохода, на внутренних поверхностях бедер, на подошвах.

Из индивидуальной карты венерической больной на М. видно, что над ней проводилось наблюдение в поликлинике с 25/III 1966 г. по 12/IV 1966 г. по поводу острой гонореи. Несмотря на повторные вызовы 18/V и 20/V 1966 г. для контроля, больная не явилась. Из медицинской карты №... на М. из венерологического диспансера устанавливается, что М. была доставлена милиционером 18/VII 1966 г. Жалоб не предъявляет и венерические заболевания в прошлом отрицает.

Объективное исследование: обнаружены рассеянные папулезные высыпания на половых органах, на бедрах; в паховых областях пакеты желез, не спаянных с подлежащими тканями.

Выписка из истории болезни №... больного Р. 15/XII 1966 г.: находился на стационарном лечении с 4/VIII по 24/IX 1966 г. с диагнозом: острый гонорейный уретрит. Источником заболевания считает гр-ку М. Р. проведено превентивное лечение по схеме сифилис I серонегативный.

Выписка из истории болезни №... больного Ш.: находился на стационарном лечении в больнице с 27/VII 1966 г. по 24/IX 1966 г. Диагноз: сифилис I серо-позитивный. Источником своего заболевания считает М.

Выписка из истории болезни больного Л.: находился на излечении с 14/VII по 5/X 1966 г. по поводу сифилиса I серо-негативного. Источником своего заболевания считает М.

Заключение: на основании судебно-медицинского освидетельствования, данных историй болезни, индивидуальных карт венерологического диспансера, выписок из истории болезни и в связи с поставленными вопросами следует:

1. Гр-ка М. страдает венерическим заболеванием — запущенным сифилисом II стадии.

2. Учитывая данные истории болезни и медицинских карт, объективные признаки сифилиса, следует считать, что М. была больна сифилисом примерно в течение 3—3½ месяцев до момента поступления в больницу.

3. М. с 25/XI 1965 г. по 18/IV 1966 г. наблюдалась в венерологическом отделении поликлиники по поводу острой гонореи и безусловно знала, что была больна венерической болезнью. Однако, несмотря на двукратные вызовы 8/V и 18/V 1966 г. в поликлинику не явилась. Поэтому нет оснований считать, что при обнаружении высыпаний в области половых органов она будто бы не знала о венерическом заболевании, тем более что в период лечения в поликлинике с ней проводились беседы о венерических болезнях. Следует указать, что высыпания (эрозивные, папулезного характера), которые были обнаружены у М. 18/VII 1966 г., могли появиться значительно раньше указанного ею срока.

4. В настоящее время М. является опасной для окружающих вследствие возможности заражения их сифилисом и подлежит обязательному лечению.

Из прил.
медицинская
леченью.
Примерно
1. Озна
риатами дела
2. Изучени
терпевшего (и
3. Затребов
обходимых све
4. Получени
ваемых и потер
5. Проведен
ских и серолог
6. Стациона
7. Обсужден
чения.
Что касаетс
тельно выяснит
экспертной ком
В нее должн
в зависимости о
ных следовате
зе, определяются

Из приведенных примеров видно, как должна проводиться судебно-медицинская экспертиза в делах по поводу заражения венерической болезнью.

Примерный план проведения экспертизы следующий.

1. Ознакомление с постановлением о назначении экспертизы, с материалами дела и поставленными перед экспертами вопросами.

2. Изучение медицинских документов на подозреваемого (ых) и потерпевшего (их).

3. Затребование недостающих медицинских документов ■ других необходимых сведений.

4. Получение анамнестических данных и осмотр каждого из подозреваемых и потерпевших.

5. Проведение необходимых бактериологических, бактериоскопических и серологических исследований.

6. Стационарное обследование ■ необходимых случаях.

7. Обсуждение всех полученных материалов и составление заключения.

Что касается организации экспертизы, то целесообразно предварительно выяснить, какие специалисты должны быть включены в состав экспертной комиссии.

В нее должны войти венеролог, иногда дерматолог, уролог, гинеколог в зависимости от характера заболевания, особенностей дела и поставленных следователем вопросов. Все специалисты, привлекаемые к экспертизе, определяются постановлением следователя.

Часть 3.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УТРАТЫ ТРУДОСПО- СОБНОСТИ, СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ПРИТВОРНЫХ И ИСКУССТВЕННЫХ БО- ЛЕЗНЕЙ И САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Глава XII

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ПОВОДУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Судебно-медицинские эксперты, проводящие экспертизу трудоспособности, должны иметь представление о том, для чего такая экспертиза проводится, почему определение утраты трудоспособности должно выражаться в процентах и почему определяется утрата профессиональной трудоспособности. Именно с этой целью здесь приведены материалы правовых положений Гражданского кодекса, врачебно-трудовой экспертизы и др.

Пленум Верховного Суда СССР в своем постановлении от 10/VI 1943 г. № 11 (М) 6(у) разъясняет судебную практику из причинения вреда. Некоторые данные из этого постановления и приводятся ниже.

Возмещение вреда, причиненного повреждением здоровья (увечье), производится в виде присуждения убытков, связанных с потерей потерпевшим заработка. Размер убытков в этих случаях определяется в соответствии со степенью (процентом) утраченной потерпевшим трудоспособности и средним заработком потерпевшего за 12 календарных месяцев, а при временной нетрудоспособности — за 2 календарных месяца полученной зарплаты потерпевшим от несчастного случая. При этом право вознаграждения за увечье принадлежит потерпевшему со дня причинения вреда, а не с момента обращения потерпевшего с иском в суд.

Если в результате увечья потерпевший частично лишился профессиональной и общей трудоспособности, то размер возмещения определяется пропорционально степени (проценту) утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности.

При полной потере профессиональной трудоспособности и сохранении частично общей трудоспособности причитающееся потерпевшему возмещение должно быть уменьшено на сумму, какую мог бы зарабатывать не квалифицированный рабочий или служащий при соответствующем проценте общей трудоспособности. Если в случае увечья потерпевший по заключению врачебной экспертизы нуждается в постороннем уходе за собой, то суд сверх присужденного возмещения за потерю заработка может обязать причинившего вред оплачивать потерпевшему стоимость ухода. Суд может также возложить на причинившего вред обязанность возместить потерпевшему фактически понесенные расходы на дополнительное

питание, протезирование,
курортное лечение, экс-
пертизы действительно ну-
е через соответствующи
В случае причинения
времени увечья зарабо-
конных представителе
чинившего вред указав
предоставлении ему у
а также вынести реше
шение по достижении
способности.

Если в материальн
терпевшего произойду
(повышение или пони
и причинивший вред м
уменьшении или уве
вред.

До внесения к слу
рядке ст. 80 ГПК РСФ
публик потребовать о
для правильного и ско

К делу о возмеще
(увечье), должны бы
а) акт о несчастно
тия, органами соответ
санитарная инспекция

б) справки о разме
в) справки о разме
по социальному страх
г) справки о семей

Кроме того, для вы
профессиональной и о
ным случаем вреда су
ключения врачебной ко
ности или затрудните
чить по этим вопроса
тизу.

В судебном решени
при которых причинен
возмещении вреда убо

Возмещение вреда,
должно присуждаться
торые ответчик обязан
кой утраты трудоспосо
ненно.

В этом постановлен
чение для судебно-меди
определении утраты тр
решению.

Судебно-медицинско
определении размеров
ков, должен исходить
шим трудоспособности
ональной и общей тру
11 м. и. Авдеев

питание, протезирование, специальное лечение, в том числе на санаторно-курортное лечение, если потерпевший по заключению врачебной экспертизы действительно нуждается в указанных видах помощи и не получает ее через соответствующие организации бесплатно.

В случае причинения увечья несовершеннолетнему, не имеющему ко времени увечья заработка, суд по иску несовершеннолетнего или его законных представителей (родителей или опекунов) может взыскать с причинившего вред указанные в п. 10 расходы по уходу за потерпевшим, по предоставлении ему усиленного питания, по протезированию и лечению, а также вынести решение о признании за потерпевшим права на возмещение по достижении им 16-летнего возраста убытков за потерю трудоспособности.

Если в материальном положении сторон или в состоянии здоровья потерпевшего произойдут после решения суда существенные изменения (повышение или понижение трудоспособности), то как потерпевший, так и причинивший вред могут обратиться с иском в суд о соответствующем уменьшении или увеличении размера присужденного возмещения за вред.

До внесения к слушанию в судебном заседании судья должен в порядке ст. 80 ГПК РСФСР и соответствующих статей других союзных республик потребовать от сторон доказательств, имеющих важное значение для правильного и скорейшего разъяснения дела.

К делу о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья (увечье), должны быть приобщены:

- а) акт о несчастном случае, составленный администрацией предприятия, органами соответствующего надзора (технический, строительный, санитарная инспекция и т. п.) или органами милиции;
- б) справки о размере заработка потерпевшего к моменту увечья;
- в) справки о размере назначенной потерпевшему пенсии или пособия по социальному страхованию или социальному обеспечению;
- г) справки о семейном и имущественном положении потерпевшего.

Кроме того, для выяснения вопроса о степени утраты потерпевшим профессиональной и общей трудоспособности от причиненного несчастным случаем вреда суд обязан потребовать от сторон представления заключения врачебной комиссии и технической инспекции, а при невозможности или затруднительности представления таких документов назначить по этим вопросам судебно-медицинскую и техническую экспертизу.

В судебном решении должны быть подробно указаны обстоятельства, при которых причинен вред, и приведен точный расчет присуждаемых в возмещение вреда убытков.

Возмещение вреда, причиненного повреждением здоровья (увечье), должно присуждаться в виде периодических, ежемесячных платежей, которые ответчик обязан выплачивать истцу, в зависимости от степени стойкой утраты трудоспособности, в течение определенного срока или пожизненно.

В этом постановлении изложены основные положения, имеющие значение для судебно-медицинской экспертизы, определяющие ее задачи при определении утраты трудоспособности, а вопросы, подлежащие ее разрешению.

Судебно-медицинскому эксперту необходимо знать следующее. При определении размеров вреда здоровью суд, устанавливая размер убытков, должен исходить из размеров, т. е. процента утраченной потерпевшим трудоспособности. Если потерпевший лишился частично профессиональной и общей трудоспособности, то опять-таки требуется установить

размеры, т. е. процент утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а также и оставшейся общей трудоспособности. Суды поэтому и требуют определять потерпевшим утрату профессиональной и общей трудоспособности в процентах. Вот почему экспертам необходимо устанавливать утрату трудоспособности как общей, так и профессиональной ■ процентах.

Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2/X 1961 г. установлен новый порядок рассмотрения споров о возмещении предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем или иным повреждением здоровья, связанным с их работой. Этот порядок применяется при следующих условиях:

а) если предприятием, учреждением или организацией причинен в связи с увечьем или иным повреждением здоровья ущерб лицу, состоящему с данным предприятием (учреждением, организацией) в трудовых отношениях, т. е. являющемуся рабочим или служащим;

б) если увечье или иное повреждение здоровья рабочий или служащий получил непосредственно в связи со своей работой и на территории предприятия (учреждения, организации), а также за пределами этой территории, но при выполнении своих трудовых обязанностей или во время следования на работу (с работы) на транспорте, принадлежащем данному предприятию, учреждению, организации.

В связи с этим Указом Государственным комитетом Совета Министров СССР по вопросам труда и заработной платы и ВЦСПС от 22/XII 1961 г. за № 483/25 было вынесено постановление, утверждающее «Правила возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой»¹.

По новому порядку рассмотрение споров о возмещении вреда лицам, получившим увечье или иное повреждение здоровья на производстве при указанных выше условиях, производится не в судебном порядке, а администрацией учреждения совместно с представителями профсоюзных организаций. Экспертиза по поводу определения размеров утраты трудоспособности в таких случаях производится уже не судебно-медицинской экспертизой, а ВТЭК. Порядок проведения экспертизы также предусматривается этими «Правилами». В «Правилах» дается определение профессиональной и общей трудоспособности.

Под профессиональной трудоспособностью понимается способность к труду в своей профессии.

Под общей трудоспособностью понимается способность к неквалифицированному труду.

Экспертиза в своем заключении отвечает также на вопросы, нуждается ли потерпевший в постороннем уходе, в дополнительном питании, в протезировании, в специальном, в том числе и санаторно-курортном, лечении.

Указ предусматривает возмещение ущерба за увечье или иное повреждение здоровья. Определение понятия «увечье» по существу отсутствует и нигде не дается. Повреждение здоровья более широкое понятие, которое включает в себя и понятие увечья. Поэтому по существу всегда определяется повреждение здоровья и его объем.

У несовершеннолетних до 15 лет утрата трудоспособности до совершеннолетия не определяется.

¹ Под «повреждением здоровья» нужно понимать «расстройство здоровья», включающее в себя и понятие «увечья». У трудоспособного человека расстройство здоровья может выражаться либо временной нетрудоспособностью, либо стойкой утратой трудоспособности различного объема.

При повышении или понижении утраты трудоспособности у потерпевшего через некоторое время после происшествия может быть изменен размер присуждаемого ему возмещения за вред. Поэтому экспертизу утраты трудоспособности приходится проводить повторно.

Иски о возмещении ущерба связаны только со стойкой утратой трудоспособности, так как за временную нетрудоспособность пособия определяются по социальному страхованию в размере 100%, если временная нетрудоспособность связана с работой, выполнявшейся потерпевшим.

Таким образом, определение размеров стойкой утраты трудоспособности в связи с увечьем или иным повреждением здоровья производится:

а) врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК), органом социального обеспечения в предусмотренных Указом случаях;

б) экспертными комиссиями Бюро судебно-медицинской экспертизы при спорах, рассматриваемых судом. Судебно-медицинская экспертиза по определению размеров стойкой утраты трудоспособности производится по определению суда.

Методика определения размера стойкой утраты трудоспособности.

Экспертные комиссии, состоящие из нескольких специалистов необходимых медицинских специальностей (терапевт, хирург, невропатолог, офтальмолог и др.) и врачей-экспертов ВТЭК или судебно-медицинских экспертов, устанавливают размеры стойкой утраты трудоспособности на основании детального медицинского обследования потерпевшего. В комиссию ВТЭК входят также представители органа социального обеспечения и профсоюзной организации.

Комиссии определяют стойкую утрату профессиональной и общей трудоспособности в процентах. Управление врачебно-трудовой экспертизы Министерства социального обеспечения РСФСР в методических указаниях о порядке определения процента утраты общей и профессиональной трудоспособности дает следующие рекомендации.

При определении процента утраты профессиональной трудоспособности, т. е. способности к труду в своей профессии, ВТЭК также руководствуется инструкцией Министерства финансов СССР. Однако следует учитывать, что разные профессии предъявляют различные требования к организму и одни и те же последствия увечья в разной степени нарушают трудоспособность лиц различных профессий.

При определении утраты профессиональной трудоспособности ВТЭК должен исходить из возможности пострадавшего после увечья или иного повреждения здоровья продолжать свою профессиональную работу или работу, равную ей по квалификации. В связи с этим ВТЭК при определении потери профессиональной трудоспособности может вносить по своему усмотрению коррективы в проценты, указанные в инструкции Министерства финансов СССР № 153, в зависимости от тяжести функциональных нарушений и степени нарушения трудоспособности, наступивших в результате увечья или иного повреждения здоровья.

Эти рекомендации, которыми следует руководствоваться и при судебно-медицинской экспертизе определения размеров утраты профессиональной трудоспособности, основаны на разъяснении Министерства здравоохранения СССР в письме (№ 04—5/23 от 10/III 1962 г.), согласованном с ВЦСПС.

Других официальных указаний по поводу определения утраты профессиональной трудоспособности не имеется.

Если увечье или иное повреждение здоровья вызвало утрату трудоспособности в размерах, дающих основания для установления одной из трех групп инвалидности, ВТЭК, кроме определения размеров стойкой

утраты трудоспособности в процентах, устанавливает группу инвалидности и дает трудовые рекомендации пострадавшему, руководствуясь инструкциями и положениями по врачебно-трудовой экспертизе.

Комиссии устанавливают размер стойкой утраты трудоспособности только той, которая была вызвана и связана с работой пострадавшего. При наличии других заболеваний и дефектов, не связанных с конкретным происшествием на работе, они во внимание не принимаются.

Экспертные комиссии ВТЭК и Бюро судебно-медицинской экспертизы при определении размера стойкой утраты трудоспособности руководствуются:

а) инструкцией Министерства финансов СССР «О порядке врачебного освидетельствования страхователей», утвержденной 18/V 1960 г. за № 153;

б) «указаниями о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) степени стойкой утраты трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой», утвержденными Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС 28/XII 1961 г.¹

в) инструкцией по определению группы инвалидности Министерства здравоохранения СССР (1956 г.).

В некоторых случаях производится переосвидетельствование потерпевшего для выяснения возможности изменений размеров утраты трудоспособности. Повторная экспертиза производится в срок от 6 месяцев до 2 лет. При повторной экспертизе учитываются характер последствий повреждения здоровья, возможность ликвидации этих последствий в результате лечения и определяются имеющиеся размеры утраты стойкой трудоспособности.

Если группа инвалидности на основании инструкции устанавливается бессрочно, то размеры стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности могут устанавливаться также бессрочно. В этих случаях повторная экспертиза потерпевших может производиться или по их заявлению, или по заявлению других заинтересованных лиц. Работа ВТЭК определяется особым «Положением о ВТЭК».

Судебно-медицинская экспертиза по поводу определения размеров стойкой утраты трудоспособности. Экспертиза по определению размеров стойкой утраты трудоспособности производится по следующим поводам:

- а) в связи с травмами, полученными от различных видов транспорта;
- б) в связи с бытовыми травмами;
- в) в связи с исками по взысканию алиментов: к супругу при бракоразводных делах; к родителям — на содержание детей, которые по достижении совершеннолетия остались нетрудоспособными; к детям — от больных и нетрудоспособных родителей;
- г) по поводу причинения вреда здоровью на производстве при рассмотрении таких дел в суде;
- д) по другим поводам.

Комиссии Бюро судебно-медицинской экспертизы по определению размеров стойкой утраты трудоспособности в своей деятельности руководствуются, как и экспертные комиссии ВТЭК, указанными выше «Правилами», «Инструкцией» и «Указаниями».

В практике может возникнуть вопрос, как определить **объем утраты трудоспособности при нескольких повреждениях**, из которых каждое имело исходом стойкую утрату трудоспособности. Например, повреждение глаза с полной потерей зрения и травматическая ампутация кисти.

¹ Справочник профсоюзного работника. Профиздат, 1962, стр. 241.

Когда определение объема стойкой утраты трудоспособности производится для оценки степени тяжести телесного повреждения, то имевшиеся ранее дефекты не принимаются во внимание и стойкая утрата трудоспособности определяется как у здорового человека (см. «Правила определения степени тяжести телесных повреждений»).

При экспертизе по поводу определения объема стойкой утраты трудоспособности при нескольких повреждениях следует руководствоваться указанными выше документами. Определяется объем утраты трудоспособности, только вызванной фактически данным повреждением.

Пример. В связи с повреждением был ампутирован большой палец правой кисти. У потерпевшего ранее был ампутирован указательный палец той же кисти. В таком случае определяется только утрата большого пальца, равная 25%. Имевшийся дефект, отсутствие указательного пальца, во внимание не принимается, тогда как отсутствие большого и указательного пальцев правой руки соответствует 50% стойкой утраты трудоспособности.

Если несколько повреждений расположены на одном органе, то утрата трудоспособности определяется по каждому повреждению, а затем складывается. Полученный в итоге процент утраты трудоспособности не может превышать максимального процента, предусмотренного в таблице Госстраха для полной потери данного органа.

Пример. Потеря большого и указательного пальцев правой кисти составляет 50% и ограничение подвижности в плечевом суставе — 40%. В этом случае утрата трудоспособности должна быть определена не в 90% (50+40%), а в 75%, так как потеря всей правой руки оценивается в 75%.

При повреждении нескольких органов утрата трудоспособности определяется по каждому дефекту в отдельности и полученные результаты складываются. Однако сумма не может превышать 100%.

Пример. Потеря зрения на один глаз (35%) и одновременно травматическая ампутация правой кисти (75%) составляют 110%. Однако стойкая утрата трудоспособности обоих повреждений должна быть определена в 100%.

Судебно-медицинские эксперты должны иметь представление и о тех положениях и основаниях Закона — **Гражданского кодекса (ГК)**, по которым требуется определять размеры утраты трудоспособности.

Основания, предусматривающие возмещение за причиненный вред, изложены в статьях Гражданского кодекса РСФСР. Об этих статьях ГК необходимо иметь представление при судебно-медицинской экспертизе по поводу определения размеров утраты трудоспособности.

Закон особо предусматривает определение потери трудоспособности у несовершеннолетних, не достигших 15 лет, и малолетних. Гражданский кодекс РСФСР 1964 г. ввел новую норму, определяющую порядок возмещения вреда здоровью, причиненного малолетнему.

В случае увечья или иного повреждения здоровья гражданина, не достигшего 15-летнего возраста и не имеющего заработка, организация или гражданин, ответственные за вред, обязаны возместить расходы, связанные с восстановлением здоровья потерпевшего. По достижении потерпевшим 15 лет организация или гражданин, ответственные за вред, обязаны возместить потерпевшему также вред, связанный с утратой или с уменьшением его трудоспособности, исходя из размера среднего заработка неквалифицированного рабочего в данной местности.

Если к моменту повреждения его здоровья гражданин, не достигший 15 лет, имел заработок, то вред должен быть возмещен ему, исходя из размера этого заработка, но не ниже, чем из минимального заработка неквалифицированного рабочего в данной местности.

После начала трудовой деятельности в соответствии с полученной потерпевшим квалификацией он вправе требовать увеличения возмещения вреда, связанного с уменьшением его трудоспособности вследствие повреждения здоровья, исходя из размера вознаграждения работника его квалификации (ст. 465).

Если не достигший 15 лет не имел заработка, то возмещение вреда может быть только в отношении возмещения расходов, произведенных для восстановления его здо-

ровья. Сюда входят: расходы по уходу за потерпевшим, на дополнительное питание, протезирование, санаторное лечение, специальные транспортные средства (коляска). Потерпевший может быть направлен для судебно-медицинской экспертизы по поводу следующих вопросов.

1. Нуждается ли (нуждался ли) потерпевший в специальном уходе ■ ■ каком?
2. Нуждается ли (нуждался ли) потерпевший в санаторном лечении и каком?
3. Нуждается ли (нуждался ли) он в дополнительном питании и каком именно?
4. Нуждается ли он в каком-либо специальном средстве передвижения, например моторизованной коляске?

5. Нуждается ли он ■ специальном протезе и каком?

Вот основные вопросы, которые решаются на основании представленных медицинских документов и объективного исследования потерпевшего. В отдельных случаях такие вопросы могут быть решены на основании достаточных медицинских документов.

Размеры расходов по уходу, питанию, санаторному лечению и другие устанавливает суд.

Определение утраты трудоспособности у несовершеннолетнего до 15 лет не производится, так как он считается нетрудоспособным, т. е. не обладающим способностью к труду. Полученное им повреждение может повлечь за собой потерю трудоспособности ■ дальнейшем. С 15 лет потерпевшему обязаны уже возмещать вред, связанный с потерей трудоспособности. Поэтому и возникает с этого возраста необходимость определения размеров потери о б щ е й трудоспособности у потерпевших. После начала трудовой деятельности потерпевший получает право требовать возмещения за причиненный вред ■ связи с потерей трудоспособности уже в соответствии с полученной им квалификацией (профессией). Поэтому у потерпевшего приходится определять размеры потери п р о ф е с с и о н а л ь н о й трудоспособности. Таковы особенности судебно-медицинской экспертизы трудоспособности у малолетних и несовершеннолетних.

ПРИМЕРЫ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Заключение экспертов

15 февраля 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 13 февраля 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., терапевт Нестеров А. И., психиатр-невропатолог Владимиров З. Д., ■ помещении бюро произвели осмотр гр-на Раева Ф. А. для определения размера утраты трудоспособности.

Обстоятельства дела и документальные данные. У гр-на Раева 14/X 1966 г. на производстве, во время тяжелой физической работы, развилось кровоизлияние в мозг. До 18/XII он находился на излечении в больнице, а с 18/XII 1966 г. по 8/I 1967 г. был в психиатрической больнице по поводу психопатической вспышки.

Осмотр терапевтом. Жалобы на ограниченность движений в правой ноге и правой руке, периодический кашель, временами с большим количеством мокроты.

Объективное исследование: телосложение правильное, питание полноценное; кожа и видимые слизистые окрашены нормально. Ногти рук по форме приближаются к «часовым стеклам», ногтевые фаланги несколько утолщены. Лимфатические железы не изменены. Легкие — коробочный звук ■ нижнебоковых отделах, дыхательные, влажные хрипы. Сердце: границы не изменены, тоны ясные, чистые; пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Артериальное давление 140/90 мм. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень ■ селезенка не увеличены.

Диагноз: хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, пневмосклероз; гипертоническая болезнь I степени.

Данные осмотра психиатром-невропатологом. Зрачки равномерные, правильной формы, реакция их на свет и конвергенцию удовлетворительная. Правый угол рта неподвижен, ассимиляция носогубных складок: выраженный правосторонний гемипарез.

ронный гемипарез. Мышечный тонус в правых конечностях повышен; сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа симптом Бабинского — Оппенгейма. Движения в правой руке (кисти, пальцах) почти отсутствуют. Небольшая атрофия мышц правой руки и ноги. Речь дизартричная, с элементами моторной афазии. Походка расстроенная, гемипаретическая. Интеллект снижен; слабодушен; критика нарушена.

Диагноз: остаточные явления нарушения кровообращения в бассейне средней мозговой артерии, выраженный правосторонний гемипарез.

Выводы. Изучив представленные материалы дела, медицинские документы, предшествующие экспертные заключения и осмотрев гр-на Раева, судебно-медицинские эксперты установили: гр-н Раев в течение многих лет страдает нервно-сосудистым заболеванием и с 1959 г. имел по поводу этого заболевания инвалидность III группы.

Выполнявшаяся Раевым 4/X 1966 г. тяжелая физическая работа не явилась основной причиной развития мозгового кровоизлияния, а лишь могла способствовать его развитию. Основной причиной мозгового кровоизлияния у гр-на Раева послужило хроническое заболевание (гипертоническая болезнь).

Утрата трудоспособности в связи со случаем от 4/X 1966 г. определяется: по общей трудоспособности 50% (пятьдесят), по профессиональной — 60% (шестьдесят).

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

29 января 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 28/I 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., судебно-медицинский эксперт Ильин А. В. и окулист Титова П. А., в помещении бюро произвели осмотр гр-на Козлова И. П. для определения размера утраты им трудоспособности.

Обстоятельства дела и документальные данные. 27 июля 1966 г. во время работы на объекте гр-н Козлов получил травму головы (удар о стойку крепления опалубки). На следующий день почувствовал, что зрение на левый глаз резко снизилось. Еще через день то же самое отметил в отношении правого глаза. Сначала отправлен в местную больницу, а затем лежал в специализированной глазной больнице. Был на консультации в Институте профзаболеваний и в Институте неврологии, где у него установлен диагноз: неврит зрительного нерва обоих глаз с переходом в атрофию. В настоящее время жалобы на головные боли, снижение зрения.

Документальные данные. 1. Заключение главного технического инспектора ЦК профсоюза строительных рабочих от 25/VII 1966 г. о необходимости через суд установить связь несчастного случая с производством. 2. Справка Управления начальника работ о том, что во время работы по устройству опалубки плотник Козлов потерял зрение обоих глаз. 3. Справка того же учреждения в Институт профзаболеваний с просьбой установить причину заболевания. 4. Справка больницы № 8 об обращении гр-на Козлова 30/VII 1966 г. по поводу понижения зрения. Диагноз: атрофия сосков зрительного нерва обоих глаз. 5. Санитарный журнал Института профзаболеваний с диагнозом: атрофия зрительного нерва обоих глаз после перенесенного оптического измаляного арахноидита. Можно допустить, что заболевание было вызвано травмой. 6. Выписка из истории болезни № 2731 Глазной больницы о лечении с 2/VIII по 9/X 1966 г. по поводу неврита зрительных нервов невыясненного происхождения с диагнозом Института неврологии о возможности неврита токсического происхождения. Не исключена возможность рассеянного склероза. 7. Выписка из истории болезни № 201 больницы Управления строительством о стационарном лечении с 12/XI 1966 г. по 11/I 1967 г. по поводу частичной атрофии зрительных нервов обоих глаз. 8. Справка поликлиники № 4 о наблюдении с 21/I 1967 г. по поводу частичной атрофии зрительных нервов обоих глаз.

Осмотр окулистом. Движение глаз в полном объеме. Глаза дивергируют, преломляющие среды прозрачны, зрачки круглые. Левый зрачок шире правого; реакция зрачков вялая. Соски зрительных нервов бледные, границы четкие, сосуды сужены. Очаговых изменений не наблюдается. Острота зрения равна 0,5; коррекция не улучшает. Поле зрения сужено (схема прилагается).

Осмотр невропатологом. 27/VII 1966 г. получена травма головы. Тошноты, рвоты или затемнения сознания не было — продолжал работать. На следующий день после травмы К. отмечено снижение зрения на левый глаз и еще на следующий день — на правый глаз. С того времени лечился у окулистов. Органических изменений со стороны центральной нервной системы не обнаружено. Было подозрение на ретро-

бульбарный неврит, рассеянный склероз, токсическое воздействие и оптикохиазмальный арахноидит. В настоящее время жалобы на головную боль.

Объективное исследование. Зрачки узки, без убедительной разницы, реакция их средней живости, нистагма нет, ослабление конвергенции. При оскаливании зубов левый угол рта отстает. Сухожильные рефлексы живые, без убедительной разницы, без пирамидных знаков. Брюшные рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчив, дрожания рук нет. Пальце-носовую пробу выполняет хорошо.

Выводы. Наличие таких симптомов, как поражение сосков и язычка нерва слева и отсутствие брюшных рефлексов, а также течение заболевания — частичное обратное восстановление зрения и даже острое начало, позволяют считать, что в данном случае имеет место рассеянный склероз. Диагноз: рассеянный склероз.

Описанное состояние рассеянного склероза в связи со случаем от 27/VII 1966 г. не находится.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

24 января 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 23 января 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., судебно-медицинский эксперт Ильин А. В. и хирург Семенов Н. К., в помещении бюро произвели осмотр гр-на Кореява А. П., 34 лет, для определения размера утраты им трудоспособности.

Обстоятельства дела. 18/III 1966 г. получил повреждение пальцев левой кисти при случайном попадании в станок. С 18/III 1966 г. находился на излечении в Институте травматологии по поводу ушибленной раны тыла левой кисти, ладонной поверхности предплечья и тыла IV пальца той же кисти. Установлено повреждение сухожилий разгибателей II, III и IV пальцев, перелом IV пястной кости левой кисти, отрыв шиловидного отростка локтевой кисти. Жалобы на повреждение левой руки.

Документальные данные. 1. Заключение экспертов от 6/VII 1966 г. № 0000 об утрате гр-ном Кореявым А. П. общей трудоспособности на 40%. 2. Выписка из истории болезни № 203 поликлиники от 7/I 1967 г. 3. Справка с места работы от 6/I 1967 г. — работает электромонтером по механизмам станков. 4. Рентгенограмма от 4/I 1967 г. левой кисти: сросшийся перелом IV пястной кости. Рентгенограмма от 29/VI 1966 г. левого лучезапястного сустава: отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Осмотр хирургом. На тыле правой кисти окрепший рубец, спаянный с подлежащими тканями. Окрепший рубец сегментальной поверхности левого лучезапястного сустава, движение в суставе в недостаточном объеме. Деформация ногтевой фаланги IV пальца, окрепший рубец IV пальца спаянный с подлежащими тканями. Ограниченная подвижность в суставах II, III пальцев в умеренной степени. Отсутствие движений во II межфаланговом сочленении; ограниченная подвижность в первом сочленении IV пальца; I и IV пальцы подвижны.

Диагноз: несросшийся перелом шиловидного отростка левой локтевой кости, ограниченная подвижность в суставах II и III пальцев в умеренной степени; ограничение подвижности в среднем и пястно-фаланговом сочленениях; отсутствие подвижности во II межфаланговом сочленении IV пальца левой кисти.

Выводы. Описанное состояние левой руки находится в связи с несчастным случаем 18/III 1966 г. Утрата трудоспособности по данному повреждению определена: а) общая — 30% (тридцать); б) профессиональная как электромонтера — 40% (сорок). Подлежит переосвидетельствованию через год.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

25 января 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 24 января 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., судебно-медицинский эксперт Ильин А. В., терапевт Иванов А. А., хирург

Сидоров Н. Н., невропатолог Хитров П. К., уролог Катаев Д. М., гинеколог Рязанцев И. И., в помещении бюро произвели осмотр гр-ки Пановой Н. Д., 45 лет, для определения размеров утраты ею трудоспособности.

Обстоятельства дела и документальные данные. Гр-ка Панова Н. Д. предъявила иск к мужу на содержание. Прожив с ним в браке 11 лет, имела от него 3 беременности, закончившиеся абортами.

Представлены документы: 1. Справка от невропатолога от 12/XI 1966 г. 2. Данные рентгеноскопии грудной клетки от 26/XII 1966 г. 3. Данные рентгенограммы поясничных позвонков от 28/XII 1966 г. 4. Данные рентгенограммы правой плечевой кости от 1/XI 1966 г. 5. Справка от гинеколога от 3/I 1967 г. 6. Справка от хирурга от 3/I 1967 г. 7. Справка от терапевта от 3/I 1967 г. 8. Данные рентгеноскопии желудка от 1/X 1966 г.

Жалобы: одышка, сердцебиение; боль в подложечной области, боль в правом подреберье и пояснице; боль в правой руке; запоры.

Осмотр терапевтом. Телосложение правильное, питание хорошее. Над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 130/80 мм, пульс ритмичный, не учащенный. Живот мягкий, слегка болезненный в области двенадцатиперстной кишки; печень не увеличена. Селезенка не определяется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул — запоры и поносы. Моча идет каплями. Менструации отсутствуют 5 лет. Диагноз: рубцовые изменения луковицы двенадцатиперстной кишки как результат язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; климакс.

Осмотр хирургом. Конфигурация позвоночника не изменена, напряжения мышц спины нет; при пальпации болезненность на уровне поясничных позвонков. При осевой нагрузке болезненности нет. Движения в поясничном отделе позвоночника в достаточном объеме. В поясничной области справа прощупывается уплотнение округлой формы, безболезненное при пальпации, эластической консистенции. В области ануса спавшийся геморроидальный узел. Воспалительных явлений в области ануса нет. Рентгенограмма от 28/XII 1966 г. № 8732 поясничного отдела позвоночника: явления деформирующего спондилоза (слабо выраженного). Диагноз: начальные явления деформирующего спондилоза поясничного отдела позвоночника; фиброма поясничной области; геморрой в стадии обострения.

Осмотр невропатологом. Парез правого лицевого нерва по периферическому типу. Зрачки правильной формы, с удовлетворительной реакцией на свет и конвергенцию. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов нет. Статика и координация движений не нарушены. Диагноз: остаточные явления пареза правого лицевого нерва периферического типа.

Осмотр урологом. В настоящее время жалоб на мочевую систему не предъявляет. В анамнезе воспаление почек (?). Объективное исследование: конфигурация поясничной области не изменена; почки не прощупываются; пальпация поясницы безболезненна; симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ мочи от 8/I 1967 г.: удельный вес 1015, белка, сахара нет, лейкоцитов 2—5 в поле зрения. Со стороны мочевой системы патологии нет.

Осмотр гинекологом: жалобы на боль в половых органах и бели. Менструаций нет 5 лет. Беременностей 4 (абортов 3, роды 1). Страдает трихомонадным кольпитом. Исследование: зияние половой щели, слизистая входа во влагалище ярко-розового цвета. Из половой щели обильные гнойные выделения. Шейка цилиндрической формы, с щелевидным зевом и мелкими, округлой формы, изъязвлениями. Тело матки плотное, подвижное. Придатки не определяются. Диагноз: трихомонадный кольпит.

Выводы. Утрата трудоспособности по имеющимся заболеваниям определена: а) общая 40% (сорок); б) утраты трудоспособности в связи с замужеством нет. Подлежит переосвидетельствованию через год.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

терапевт

(подпись)

хирург

(подпись)

невропатолог

(подпись)

уролог

(подпись)

гинеколог

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

22 января 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 21 января 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смот-

ров Н. П., судебно-медицинский эксперт Ильин А. В. и невропатолог Петров Н. Н. в помещении бюро произвели осмотр гр-на Столярова С. И., 25 лет, для определения размера утраты и трудоспособности.

Обстоятельства дела и документальные данные. Гр-н Столяров С. И., по профессии каменщик, в настоящее время работает десятником. 13/V 1966 г. во время работы был сбит железобетонной плитой. Получил повреждение IV шейного позвонка и левой руки, в связи с чем стал инвалидом III группы по трудовому увечью.

Представлены следующие документы: 1. Копия акта о несчастном случае от 13/V 1966 г. 2. Копия истории болезни № 2357 от 27/XII 1966 г. о том, что Столяров лечился с 13/V по 13/VII 1966 г. Диагноз: открытый перелом костей левого запястья, закрытый перелом и вывих нижней трети левого предплечья с переломом костей запястья, повреждение локтевого нерва и артерии; компрессионный перелом IV шейного позвонка. Жалобы на слабость в конечностях.

Осмотр хирургом. Конфигурация шейного отдела позвоночника не изменена; нагрузка по оси позвоночника безболезненна; локальная нагрузка в области IV—V шейных позвонков чувствительна. Подвижность в шейном отделе и повороты головы в полном объеме. Оба лучезапястных сустава деформированы, слева больше. Подвижность в суставах резко ограничена и безболезненна. Атрофия мышц правой кисти; движения пальцев сохранены. Мышечная сила кисти снижена.

Рентгеновские снимки № 1323 от 27/XII 1966 г.: компрессионный перелом IV шейного позвонка; вколоченный перелом обеих лучевых костей с отрывом шиловидных отростков локтевых костей; переломы полулунной и ладьевидной косточек левого запястья. Диагноз: компрессионный перелом IV шейного позвонка; вколоченный перелом лучевых костей; перелом ладьевидной и полулунной косточек левой кисти; деформация лучезапястных суставов с резко ограниченными движениями в этих суставах.

Осмотр невропатологом. Зрачки равномерные, реакция на свет и конвергенцию удовлетворительная; нистагма нет. Остальные черепно мозговые рефлексы в пределах нормы. Движения в шейном отделе позвоночника в достаточном объеме. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон; патологических рефлексов нет. Отмечается атрофия межкостных мышц и гипотония правой кисти; IV и V пальцы ее находятся в слегка согнутом положении. Сведение и разведение пальцев правой кисти несколько ограничены. Гипестезия на правой кисти в зоне иннервации локтевого нерва. Диагноз: травматический неврит правого локтевого нерва.

Выводы. Состояние IV шейного позвонка и рук находится в связи со случаем от 13/V 1966 г.

Утрата трудоспособности определяется: а) общей 50% (пятьдесят); б) как каменщика 70% (семьдесят).

Подлежит переосвидетельствованию через год.

Судебно-медицинские эксперты
Невропатолог

(подписи)

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

23 января 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 22 января 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., судебно-медицинский эксперт Ильин А. В., невропатолог Петров Н. Н. и уролог Сидоров К. М., в помещении бюро произвели осмотр гр-на Мамаева М. К., 30 лет, для определения размера утраты им трудоспособности.

Обстоятельства дела и документальные данные. Гр-н Мамаев М. К., 30 лет, машинист по профессии, имеет инвалидность III группы по трудовому увечью от 11/I 1966 г. 20/VIII 1966 г. во время работы получил удар в спину упавшей тяжелой деталью. Получил перелом поперечных отростков III и IV поясничных позвонков.

Представлены следующие документы. 1. Заключение Бюро судебно-медицинской экспертизы № 907 от 10/I 1967 г. с определением утраты трудоспособности: общей 20%, как машиниста 30%. 2. Справка поликлиники № 49 о том, что Мамаев находился под наблюдением по поводу остаточных явлений миелорадикулита после травмы в 1966 г. Жалобы на боли в пояснице.

Осмотр невропатологом. Конфигурация и подвижность во всех отделах позвоночника не изменены, отмечается болезненность при движении в поясничном отделе. При надавливании на вертебральную точку отмечается болезненность в области II, III поясничных позвонков справа. Рентгенограмма от 3/I 1966 г.: несросшийся перелом правых поперечных отростков III, IV поясничных позвонков, отростки лежат

свободно на расстоянии 3--4 мм от медиальных отделов отростков. Диагноз: старый несросшийся перелом поперечных отростков III, IV поясничных позвонков.

Осмотр невропатологом. Жалобы на боли в пояснице и частые позывы на мочеиспускание; задержка мочи. Объективное исследование: черепномозговая иннервация без особенностей; сухожильные рефлексы живые, без расширения зоны, равномерные, без пирамидных знаков. Атрофии нет. Чувствительность не нарушена. Парезов, параличей нет. Симптом Ласега отрицательный. Прямые мышцы спины не напряжены. Диагноз: легкие остаточные явления миелорадикулита без болевого синдрома.

Осмотр урологом. Объективные данные — конфигурация поясничных областей неправильная, прощупывается нижний полюс правой почки, левая почка не прощупывается; пальпация поясничных областей безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы — норма. Анализ мочи: удельный вес 1300, лейкоцитов до 6 в поле зрения. Заключение. Со стороны мочеполовой системы патологии нет.

Выводы. Описанное состояние позвоночника и легкие остаточные явления миелорадикулита находятся в связи со случаем от 20/VIII 1966 г.

Утрата трудоспособности по данным повреждениям определена: а) 20% (двадцать) общей трудоспособности; б) по профессии машиниста 20% (двадцать).

Подлежит переосвидетельствованию через год. В санаторно-курортном лечении ■ связи со случаем травмы не нуждается.

Судебно-медицинские эксперты
Невропатолог
Уролог

(подписи)
(подпись)
(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Глава XIII

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Поводом к судебно-медицинской экспертизе может быть необходимость определения состояния здоровья. Последнее имеет место в уголовных и гражданских делах. Определение состояния здоровья может потребоваться у обвиняемых, потерпевших, свидетелей. Права лиц, страдающих физическими недостатками, предусмотрены ст. ст. 47, 49, 72, 126, 142 УПК. Проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно для определения физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания (ст. 79 УПК).

Нередко требуется определить состояние здоровья у свидетеля, вызываемого в судебное заседание, если он отказывается явиться, ссылаясь на болезнь. У суда могут возникнуть сомнения в правильности представленных таким человеком медицинских документов, поэтому назначается судебно-медицинская экспертиза. При этом обычно приходится производить экспертизу на дому у подэкспертного.

Может потребоваться определение состояния здоровья у лица, осужденного к исправительно-трудовым работам и заявляющего о своей болезни, в связи с чем он не может отбывать наказание.

Ст. 361 УПК предусматривает отсрочку исполнения приговора об осуждении лица к лишению свободы, ссылке, высылке или исправительным работам без лишения свободы по следующим основаниям.

1. Тяжелая болезнь осужденного, препятствующая отбыванию наказания,— до его выздоровления.

2. Беременность осужденной — на срок не более одного года после родов.

Суд может удовлетворяться медицинскими документами, но определение состояния здоровья может быть поручено и учреждению судебно-медицинской экспертизы.

В делах об уклонении от обязанностей военной службы также проводится судебно-медицинская экспертиза определения состояния здоровья.

В гражданских делах такая экспертиза может проводиться по поводу различных исков, определения нуждаемости в усиленном питании, санаторно-курортном лечении, моторизованном транспорте и др. Ниже приводятся некоторые примеры.

Заключение судебно-медицинских экспертов

24 января 1967 г. на основании определения Народного суда И-ского района города П. от 23 января 1967 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., хирург Петров Н. Н., невропатолог Сидоров А. А. и уролог Семенов Н. Г., произвели осмотр гр-на Панова П. П., 59 лет, для определения его состояния здоровья и нуждаемости в моторизованном транспорте с ручным управлением.

Обстоятельства дела и документальные данные. 2/III 1967 г. Панов получил ранение крестцовой области с повреждением кишечника осколком мины. Был наложен искусственный задний проход.

Осмотр урологом. Жалобы на непроизвольное выделение мочи во время нервного возбуждения; периодическое появление учащенных позывов к мочеиспусканию. Явления болей отмечает последние 3—4 года. За урологической помощью по поводу указанных выше явлений не обращался. Объективное исследование: конфигурация почечных областей не изменена; почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Осмотр хирургом: старые рубцы в области крестца после огнестрельного ранения. Наличие противоестественного заднего прохода слева, в подвздошной области. Диагноз: искусственный задний проход.

Осмотр невропатологом: черепномозговые нервы в пределах нормы. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены вследствие болей. Напряжения мышц спины нет. Давление на площадку крестца резко болезненно. Активные движения в нижних конечностях возможны в достаточном объеме. Мышечный тонус без особых изменений. Атрофии мышц и расстройств чувствительности нет. Коленные и ахилловы рефлексы равномерно повышены. Патологических рефлексов и клонусов нет. Повышенно раздражителен, гипохондричен. Диагноз: невротические реакции.

Выводы. У гр-на Панова П. П. имеется в брюшной стенке искусственный задний проход, наложенный после проникающего ранения брюшной полости. При физическом напряжении нижних конечностей рефлекторно напрягаются мышцы брюшного пресса, что вызывает боли в брюшной полости, а также усиление перистальтики кишечника с более обильным выделением кала. Нуждается в моторизованном транспорте с ручным управлением.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

28 января 1967 г. на основании постановления прокурора города П., юриста I класса Селезнева Н. П., от 27 января 1967 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы города П. Николаев С. Г., терапевт и невропатолог произвели осмотр Акина Максима Ивановича для определения состояния его здоровья и выяснения, страдает ли он тяжким, неизлечимым недугом.

Обстоятельства дела. Направлен прокурором города П. для проведения

судебно-медицинской экспертизы и установления, страдает ли свидетельствуемый тяжким, неизлечимым недугом.

Представлены следующие документальные данные. 1. Постановление прокурора города П. от 27/I 1967 г. 2. Протокол комиссии № 0000 от «5/I» 1967 г. Н-ской больницы с диагнозом: хронический, часто рецидивирующий гепатит с явлениями перехода в цирроз печени; фиброзно-продуктивный туберкулез легких; миокардиодистрофия, атероматоз аорты.

Заключение. Акин Максим Иванович страдает тяжелым, неизлечимым заболеванием

Осмотр терапевтом. Жалобы на головные боли, ощущение жара, боль в правом подреберье после острой пищи. Тошнота, иногда сердцебиение, изредка сухой кашель.

Анамнез. Перенес следующие заболевания: детских не помнит, в 1918—1919 гг.—сыпной тиф, в 1929—1930 гг.—туберкулез легких, в 1932 г.—гонорейю, в 1960 г.—желтуху. Объективное исследование: правильного телосложения, высокого роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычного цвета, желтушности нет. Желтушность склер, неба — отсутствует. Лимфатические железы не увеличены. Костно-мышечная система развита нормально. Грудная клетка правильной формы. Над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное. Экскурсия легочных краев удовлетворительная, одинаковая с двух сторон. Сосудистый пучок — диаметр его во втором межреберье расширен. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, учащен до 100 ударов в минуту. Артериальное давление 125/80 мм. Живот мягкий, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный. Печень не увеличена, нижний край ее не выходит из-под реберного края. Область правого подреберья и область желчного пузыря безболезненны. Селезенка не прощупывается, перкуторно не увеличена. Жидкости в брюшной полости нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурических явлений нет. Отеков нет. Диагноз: кардиосклероз, аневризма восходящей части аорты.

Осмотр невропатологом. В 1926—1927 гг. лечился у невропатолога по поводу головных болей и припадков. С 1944 г. припадки прекратились. Объективное исследование: зрачки узкие, реакция их средней живости, нистагма нет; зубы оскалены равномерно; язык по средней линии. Сухожильные рефлексы живые, равномерные, без пирамидных знаков. В позе Ромберга устойчив. Дрожание пальцев вытянутых рук.

Диагноз: начальный церебральный склероз. По состоянию нервной системы трудоспособен.

Данные лабораторных и специальных исследований

1. Исследование крови на остаточный азот от 20/IX 1966 г. — остаточный азот в крови 27,1%.

2. Исследование крови от 20/IX 1966 г.: реакции Вассермана и Кана отрицательные. Цитохоловая реакция отрицательная. Билирубин в крови от 20/IX 1966 г. 0,35 мг% (норма 0,25—0,4 мг%), реакция непрямая.

3. Анализ крови от 21/XII 1966 г.: Hb 84 ед.—14 г.%, эр. 5 000 000, л. 10 000, э. 9%, с. 44%, лимф. 37%; РОЭ 99 мм в час.

4. Анализ мочи от 24/XII 1966 г.: уд. вес 1015; белка нет; солей нет; лейкоцитов 10—15 в поле зрения; эритроциты свежие, единичные в поле зрения.

5. Электрокардиограмма от 23/XII 1966 г.: отклонение электрической оси сердца влево; умеренно выраженные изменения миокарда. Длительность систолы увеличена. Зарегистрированы предсердные экстрасистолы.

6. Протокол рентгенологического исследования Института рентгенологии от 29/XII 1966 г.: диафрагма хорошо подвижна, синусы свободно раскрываются. Легочные поля прозрачны, без очагово-инфильтративных изменений. Корни легких умеренно уплотнены, не расширены, содержат петрифицированные лимфатические узлы. Сердце, расположенное горизонтально, умеренно увеличено за счет левого желудочка (его дилатация). Остальные камеры сердца без особых изменений. Тонус миокарда понижен, пульсация ритмичная, вялая. На рентгенокинограммах отмечается выраженная деформация зубцов по дуге левого желудочка с уменьшением их амплитуды до 4 мм. По остальным дугам сердца кривая без особых изменений. Аорта заметно изогнута, развернута, удлинена, уплотнена. Восходящий отдел ее значительно веретенообразно расширен; диаметр аорты здесь равен 8,5 см (в наиболее широкой части). Наибольшее набухание отмечается по передней и правой стенкам аорты. В области дуги и нисходящего отдела расширение аорты умеренное; диаметр ее равен здесь 4,5 см. По краю передней стенки восходящей части аорты на ограниченном участке виден ободок обызвествления. По наружному контуру аорты в восходящем отделе хорошо видны сосудистые зубцы с амплитудой в 4 мм. На остальных отделах амплитуда зубцов равна 2—3 мм.

Заключение: веретенообразная аневризма восходящей части аорты; органические изменения миокарда.

Выводы. На основании судебно-медицинского освидетельствования Акина Максима Ивановича, 58 лет, данных рентгенологического исследования, электрокардиограммы и других исследований комиссия приходит к следующему заключению:

1. Акин М. И. страдает кардиосклерозом, аневризмой восходящей части аорты, начальным церебральным склерозом.

2. Данные изменения являются хроническими и необратимыми, но не относятся к тяжелому недугу.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов

29 января 1967 г. на основании определения Народного суда Н-ского района города П. от 28 января 1967 г. судебно-медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы города П.: начальник бюро, кандидат медицинских наук Смотров Н. П., невропатолог и терапевт, осмотрели гр-на Кранова Петра Кузьмича, 62, лет, для определения состояния его здоровья.

Обстоятельства дела и документальные данные. Гр-н Кранов П. К., 62 года, осматривается на дому для определения состояния его здоровья и возможности явки его в суд для дачи показаний в настоящее время.

Представлены следующие документы: 1. Постановление следователя от 26/I 1967 г. 2. Определение суда от 28/I 1967 г. 3. Подлинник истории болезни поликлиники № 57. История болезни начата в июне 1965 г. Лечился по поводу гипертонической болезни. Артериальное давление 205/105, 180/100; 165/80; 190/110; 180/90; 210/160 мм. Диагноз поликлиники с 1965 г.: гипертоническая болезнь II—III стадии; кардиосклероз, коронарный склероз; церебральный склероз, нарушение коронарного кровообращения; хронический гастрит.

20/V 1966 г. Диагноз: гипертонический криз, кардиосклероз, стенокардия, нарушение мозгового кровообращения. В истории болезни поликлиники имеется выписка из истории болезни больницы, где Кранов лежал с 14/XI 1965 г. по 12/XII 1966 г. с диагнозом: гипертоническая болезнь II—III стадии, церебрально-кардиальная форма, облитерационный атеросклероз. В выписке из истории болезни от 12/XII 1966 г. указано, что страдает гипертонической болезнью с болями в области сердца с 1949 г. Артериальное давление колеблется от 200/200 до 165/85 мм.

Осмотр невропатологом. Зрачки правильной формы. Реакция на свет и конвергенцию вялая; остальные черепномозговые нервы в пределах нормы. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. Сознание ясное. Полностью ориентирован. На вопросы отвечает по существу. Память удовлетворительная. Повышенно раздражителен. Слабодушен. Периодически наблюдаются головные боли. Диагноз: церебральный склероз, умеренно выраженный.

Осмотр терапевтом: жалобы на головные боли, головокружение, боли в сердце, сердцебиение, одышку.

Объективное исследование: больной лежит в постели. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. В покое — одышка до 30 дыханий в минуту. Пульс ритмичный, напряженный, удовлетворительного наполнения, 104 удара в минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Экскурсия легочного края уменьшена. Дыхание ослаблено. В нижних отделах обоих легких большое количество влажных хрипов. Рассеянные сухие хрипы в небольшом количестве в обоих легких. Границы сердца расширены влево на 1,5—2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке не чист, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 200/120. Живот мягкий, безболезненный. Печень прощупывается у реберного края, слегка чувствительна при пальпации. Селезенка не определяется. Симптом Пастернацкого отрицателен. Отеков нет. Небольшая пастозность в области крестца. Диагноз: гипертоническая болезнь II—III стадии; общий атеросклероз. Эмфизема легких. Сердечно-легочная недостаточность II стадии.

29/XII 1966 г. вновь освидетельствован. Общее состояние улучшилось, стал ходить. Выходит из дому на улицу.

Выводы. Кранов П. К. страдает гипертонической болезнью II—III степени, общим атеросклерозом, эмфиземой легких. В настоящее время состояние его несколько улучшилось. Он может передвигаться на небольшие расстояния, пользоваться транспортом. По состоянию своей психики может участвовать в судебном процессе. Однако, прини-

мая во внимание заболевание сердечно-сосудистой системы, возможные переживания, связанные с участием в судебном следствии, могут вновь ухудшить состояние его здоровья.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупреждены.

Судебно-медицинские эксперты

(подписи)

Глава XIV

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА САМОПОВРЕЖДЕНИЙ, ИСКУССТВЕННЫХ И ПРИТВОРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Судебно-медицинскому эксперту при исследовании живых лиц по самым различным поводам обязательно необходимо иметь в виду возможность введения эксперта в заблуждение со стороны потерпевшего либо по поводу обстоятельств происшествия и получения повреждений, либо обстоятельств, вызвавших изменение состояния здоровья, либо по поводу давности повреждений, а также по поводу самых различных других обстоятельств, которые сообщает потерпевший. Поэтому, с одной стороны, судебно-медицинский эксперт не должен подходить к потерпевшему в каждом отдельном конкретном случае как к заведомо сообщающему ложные сведения и пытающемуся ввести врача в заблуждение, а с другой стороны, не быть доверчивым и не принимать все сообщаемое на веру. Судебно-медицинский эксперт в каждом конкретном случае должен разобраться совершенно объективно с применением всех возможных и доступных методов исследования в том, с чем он имеет дело, строго сопоставляя объективные данные с объяснениями свидетелеваемого. В конечном итоге эксперт должен на основании данных, устанавливаемых медицинскими знаниями, поставить правильный диагноз того, что имеется, определить характер и происхождение повреждения, заболевания и других обстоятельств, интересующих следствие в связи с исследованием данного субъекта.

В ряде случаев судебно-медицинскому эксперту приходится встречаться с самоповреждениями, т. е. такими действиями свидетелеваемого по отношению к самому себе, которые причинили вред его здоровью. В одних случаях такие самоповреждения наносятся с целью изменить обстановку происшествия (изнасилования, ограбления, самоубийства, несчастного случая), извлечения выгоды, шантажа, показать себя пострадавшим, больным. Кроме того, встречаются притворные болезненные состояния, преувеличение симптомов заболевания и вызывание искусственных болезней. Такие состояния давно и хорошо известны в медицинской практике. Судебно-медицинскому эксперту нужно хорошо в них разбираться и иметь о них ясное и правильное представление, уметь их диагностировать и проводить дифференциальный диагноз между действительным и искусственным заболеванием и состоянием.

С искусственными и притворными болезнями и их диагностикой необходимо быть знакомым и врачам некоторых клинических специальностей, так как встречаются различные формы искусственных и притворных болезней. Судебно-медицинскому эксперту приходится проводить исследования специально по поводу подозрения на искусственную или притворную болезнь в тех случаях, когда такие болезни являются осно-

ванием для привлечения к уголовной ответственности. Такие преступления предусмотрены некоторыми статьями Уголовного кодекса.

Ст. 249 УК РСФСР:

а) уклонение военнослужащего от несения обязанностей военной службы путем причинения себе какого-либо повреждения (членовредительства) или путем симуляции болезни, подлога документов или иного обмана, а равно отказ от несения обязанностей военной службы наказываются лишением свободы на срок от 3 до 7 лет;

б) те же деяния, совершенные в военное время или в боевой обстановке, наказываются смертной казнью или лишением свободы на срок от 5 до 10 лет.

Ст. 80 УК РСФСР:

Уклонение от очередного призыва на действительную военную службу наказывается лишением свободы на срок от 1 года до 3 лет.

То же деяние, совершенное посредством причинения себе телесного повреждения или путем симуляции болезни, посредством подлога документов или путем иного обмана, а равно совершенное при других отягчающих обстоятельствах, наказывается лишением свободы на срок от 1 года до 5 лет.

Следовательно, в одних случаях самоповреждение, притворная или искусственная болезнь выявляются в процессе исследования свидетелем, в других — исследование производится по поводу подозрения в самоповреждении, искусственной или притворной болезни.

Определение понятий

Судебно-медицинский эксперт должен иметь правильное представление о содержании понятий «самоповреждение», «притворная болезнь», «искусственная болезнь», правильно квалифицировать такие состояния и правильно их диагностировать. Поэтому и необходимо дать определение этих понятий и их содержание.

Самоповреждение, или **членовредительство**, — это умышленное, противоправное причинение вреда своему здоровью. Так обозначается причинение вреда своему здоровью в виде повреждений, вызываемых различными средствами и способами самостоятельно или при помощи других лиц. Последние могут проходить как соучастники по делу. Приходится встречаться с самоповреждениями, вызванными механическим воздействием на органы и ткани, а также химическим, физическим и другими агентами.

Искусственная болезнь. При искусственной болезни субъект тоже причиняет вред своему здоровью различными способами. Только появление этого вреда имеет характер не механической или химической травмы, а протекает в виде заболевания, которое может быть принято не за самоповреждение, а за обычное заболевание. Например, конъюнктивит, вызванный механическим или химическим раздражителем, принимается за конъюнктивит инфекционный, аллергический; уретрит, вызванный введением мыла, — за гонорейный или вульгарный уретрит; колит, вызванный приемом внутрь мыла, — за дизентерию и др. В этих случаях субъект обращается к врачу не с травмой, ожогом, а с болезнью, искусственный характер которой необходимо распознавать.

Симуляция (лат. *simulatio* — притворство). Симуляция — это притворство вообще. В медицинской практике по отношению к болезни этим обозначается притворная болезнь. При симуляции здоровый субъект только притворяется, изображает болезнь, применяя для этого иногда и некоторые средства, не причиняющие вреда здоровью. Например, подкрашивает участок кожи, желая изобразить кровоподтек, добавляет к моче кровь, изображает эпилептический припадок и др. Здоровый человек изображает себя больным, симулирует болезнь.

Судебно-медицинскому эксперту приходится встречаться не только с симуляцией болезней, но и с симуляцией различных происшествий, ког-

да эксперту приходится осматривать участников таких происшествий по поводу повреждений или заболеваний. Встречается симуляция несчастных случаев, нападений, ограблений, самоубийства, террористического акта и других происшествий. К судебно-медицинскому эксперту могут иногда, например, направить для осмотра субъекта, который сообщил органам расследования, что он подвергся нападению, что его связывали, наносили ему повреждения и т. д. Однако появились основания подозревать, что такого нападения в действительности не было и нападение инсценировано, что этот субъект сам себя связал и сам нанес себе повреждения.

Органы расследования ставят эксперту прямой вопрос, предлагая установить, нанес ли свидетель повреждения себе сам или они были нанесены посторонней рукой. В таком случае речь будет идти о симуляции нападения.

Судебно-медицинскому эксперту приходится устанавливать не симуляцию происшествия, что к его ведению и не относится, а характер, происхождение повреждений и возможность нанесения их самому себе. Обычно же приходится проводить исследование по поводу симуляции болезни, которую предъявляет свидетельствуемый.

Аггравация (от лат. *gravis* — тяжелый) в переводе означает утяжеление, преувеличение. В медицинской практике аггравация обозначает преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания. Об аггравации говорят тогда, когда больной, страдающий каким-либо заболеванием, преувеличивает отдельные симптомы заболевания. Например, жалуется на сильную головную боль, когда она значительно слабее, чем это старается показать свидетельствуемый, или ревматик жалуется на сильную боль в суставах, когда такой боли он в действительности не испытывает.

Разница между симуляцией и аггравацией заключается в том, что симулянт в действительности здоров и болезнь или симптомы болезни только изображает, а аггравант — действительно больной человек, только преувеличивающий отдельные симптомы своего заболевания.

Диссимуляция (*dyssimulatio* — сокрытие заболевания). В практике приходится встречаться иногда с умышленным сокрытием действительно имеющегося заболевания. Такое состояние и носит название диссимуляции. Диссимуляция — понятие, обратное симуляции. При симуляции здоровый человек притворяется больным, при диссимуляции больной человек притворяется здоровым, скрывает свое заболевание по различным мотивам и поводам. Например, при страховании жизни и здоровья. Условия страхования предусматривают отказ от выплаты страховой премии, если выяснится, что застрахованный скрыл при страховании имевшееся у него заболевание.

Самоповреждение, искусственная болезнь, притворная болезнь (симуляция), аггравация и диссимуляция бывают специальным предметом судебно-медицинской экспертизы в тех случаях, когда субъект, преследуя корыстные цели, вступает в конфликт с законом и совершает правонарушение.

Задачей судебно-медицинской экспертизы в таких случаях и является установление действительного состояния здоровья свидетельствуемого, наличия или отсутствия у него заболевания, искусственной, притворной болезни, аггравации и т. д., а также возможности нанесения повреждения собственной или посторонней рукой.

В практике приходится встречаться с различными формами всех этих ложных состояний, возникающих при различных обстоятельствах и по самым различным поводам и мотивам.

1. *Инсценировка нападения с созданием обстановки:*
 - а) ограбления — для сокрытия растраты, служебных злоупотреблений и др.;
 - б) террористического акта — для получения награды или приобретения ложного авторитета;
 - в) изнасилования — по мотивам мести или шантажа;
 - г) причинения побоев — с целью ложного обвинения по различным мотивам.
 2. *Инсценировка несчастного случая:*
 - а) для получения вознаграждения, страховой премии и т. д.;
 - б) для сокрытия преступления (например, убийства);
 - в) для уклонения от военной службы.
 3. *Инсценировка самоубийства:*
 - а) для сокрытия преступления (убийства);
 - б) с целью шантажа, вымогательства, мести, ложного обвинения.
- При инсценировке таких происшествий могут встречаться и самоповреждения, искусственные, притворные болезни.
4. *Самоповреждения, искусственные, притворные болезни и аггравация* встречаются по различным мотивам:
 - а) для получения пособия, страховой премии, пенсии или освобождения от работы застрахованных;
 - б) для смягчения наказания, направления в больницу или освобождения от работы подследственных, заключенных и отбывающих исправительно-трудовые работы;
 - в) для уклонения от военной службы военнообязанных, военнослужащих, работников военных предприятий и т. п.
 5. *Диссимуляция заболеваний* наблюдается:
 - а) для страхования жизни или здоровья;
 - б) для поступления на работу, к которой человек по своему физическому состоянию не пригоден;
 - в) для поступления на военную службу или для того, чтобы избежать увольнения в запас.

Это лишь некоторые обстоятельства происшествий, и, конечно, они не охватывают всего того, что встречается в практике. Приведены лишь основные, наиболее часто встречающиеся в практике поводы и мотивы вызывания самоповреждений, искусственных и притворных болезней, аггравации, диссимуляции, которые должен знать и помнить судебно-медицинский эксперт.

Классификация самоповреждений, искусственных и притворных состояний

Самоповреждения (членовредительство)

1. Самоповреждения, причиняемые тупыми инструментами, в виде ссадин, царапин, кровоподтеков (например, при инсценировке покушения на самоубийство и др.).
2. Самоповреждения, причиняемые острыми (рубящими, режущими, колющими) орудиями.
3. Самоповреждения, причиняемые огнестрельным оружием.
4. Самоповреждения, причиняемые транспортными машинами.
5. Проглатывание инородных тел.
6. Умышленное отморожение.
7. Умышленное охлаждение тела.

Искусственные болезни

1. Искусственные заболевания кожи и подкожной клетчатки: дерматиты, струпы, язвы, флегмоны и абсцессы, подкожная эмфизема, отеки и припухлости, опухоли, свищи, рубцы, заболевания подкожных сосудов.
2. Искусственные заболевания суставов: воспаление, ограничение подвижности, контрактуры, вывихи.
3. Искусственные заболевания органов дыхания (бронхиты, плевриты, пневмоторакс).
4. Искусственные колиты, энтериты.
5. Искусственные хирургические болезни (грыжи, выпадение прямой кишки, свищи прямой кишки, геморрой).
6. Искусственные болезни носа.
7. Искусственные болезни рта.
8. Искусственные болезни органа слуха.
9. Искусственные болезни органа зрения (искусственные блефариты, конъюнктивиты, кератиты, катаракты).

10. Искусственные отеки и водянка мошонки.
11. Искусственные гипертония).
12. Искусственное сердце.
13. Введение инородных тел.

1. Симмуляция отдельных заболеваний (например, гипертония).
2. Симмуляция болезней сердца.
3. Симмуляция расстройств (например, немота).
4. Симмуляция расстройств (например, немота).
5. Симмуляция расстройств (например, немота).
6. Симмуляция расстройств (например, немота).
7. Симмуляция расстройств (например, немота).

а) преувеличение
б) преуменьшение
заболевания.

Приведенная литература, а следо-
вредений. Одни из
в виде казуистики. С
представление и о та
отдельном конкретно

В данной главе
искусственных и прит
иметь практическое з
В тех случаях, ко
по подозрению в са
болезни, или когда вр
и экспертиза и
медицинское исследова

Собирание анамне
даться подробно и т
являть своих подозре
тельствующего так, ка
больного. Никогда и
деленных, казалось б
доть к свидетельству
заключается в том, чт
ние или этого забол
обычное для этого за
самому себе свидетел

На основании сво
каинического последо
фактическое положен
водить внимательно, т
му как к действитель
или факт нанесения п
ляет об этом свидетел
ет все полученные им
приходит к такому з
передается представи

10. Искусственные заболевания мочеполовой системы (циститы, уретриты, язвы, отек и водянка мошонки).
11. Искусственные гинекологические заболевания.
12. Искусственное похудание.
13. Введение инородных тел в ткани.

Притворные болезни

1. Симуляция отдельных симптомов: а) лихорадки, б) кровотечения, в) воспроизведение рвоты; г) воспроизведение желтухи; д) патологии мочевого выделения; е) недержание мочи.
2. Симуляция болезней легких (туберкулез).
3. Симуляция сердечно-сосудистых заболеваний (неврозы сердца, тахикардия, гипертония).
4. Симуляция расстройства слуха и речи (глухота, глухонмота, афония, заикание, немота).
5. Симуляция расстройства зрения (слепота, сужение поля зрения).
6. Симуляция невропатологических симптомов (параличи, контрактуры, судороги, дрожания).
7. Симуляция душевных болезней (эпилепсии и др.).

Аггравация

- а) преувеличение симптомов существующего заболевания;
- б) преуменьшение или опровержение результатов лечения или улучшения заболевания.

Приведенная классификация включает все основные имеющиеся в литературе, а следовательно, и в практике формы симуляции и самоповреждений. Одни из них встречаются весьма часто, другие очень редко, в виде казуистики. Судебно-медицинскому эксперту необходимо иметь представление и о таких формах, чтобы правильно разобраться в каждом отдельном конкретном случае.

В данной главе будут изложены не все виды самоповреждений, искусственных и притворных болезней, а лишь некоторые, которые могут иметь практическое значение.

В тех случаях, когда судебно-медицинское исследование проводится по подозрению в самоповреждении, притворной или искусственной болезни, или когда врач заподозрил такое состояние, обследование и экспертиза имеют свои особенности, так же как и медицинское исследование в данном конкретном случае.

Собирание анамнеза и опрос свидетельствуемого должны производиться подробно и тщательно. При этом эксперт ничем не должен проявлять своих подозрений, а производить осмотр и исследование свидетельствуемого так, как этого требует обычное клиническое обследование больного. Никогда и ни при каких обстоятельствах, даже в самых определенных, казалось бы, случаях симуляции, эксперт не должен подходить к свидетельствуемому как к явному симулянту. Задача эксперта заключается в том, чтобы выявить, имеется у данного субъекта заболевание или этого заболевания нет; вызвано оно искусственно или имеет обычное для этого заболевания происхождение; нанесено повреждение самому себе свидетельствуемым или посторонней рукой.

На основании своих знаний, опыта и тщательного всестороннего клинического исследования эксперт и должен в конце концов установить фактическое положение дела. Исследование, опрос и осмотр нужно проводить внимательно, тактично, деликатно, относясь к свидетельствуемому как к действительно больному человеку. Устанавливая симуляцию или факт нанесения повреждений собственной рукой, эксперт не объявляет об этом свидетельствуемому, не пытается уличить его, а фиксирует все полученные им данные и анализ, на основании которого врач приходит к такому заключению, в документе экспертизы. Последний передается представителю органов расследования.

Нужно иметь в виду, что экспертиза такого рода часто представляет значительную сложность и не может быть произведена, особенно по подозрению в симуляции болезни, единолично. В таком случае эксперт сообщает представителю органов расследования о необходимости привлечь и других специалистов, с которыми и производит осмотр и исследование свидетельствуемого.

Судебно-медицинская экспертиза самоповреждений

Под самоповреждением (членовредительством) в широком смысле слова понимается причинение вреда здоровью самим себе. В более узком смысле под самоповреждением ранее понимали причинение себе каких-либо повреждений механическим путем или посредством применения других способов и методов: действием высокой и низкой температуры, химическими веществами и др. (повреждали члены).

Самоповреждения производятся по различным поводам и мотивам. В одних случаях такие повреждения наносят себе по мотивам шантажа, вымогательства, мести по отношению тех лиц, которым причинивший себе повреждение предполагает доставить какие-либо неприятности, или обратиться даже в суд для привлечения их к уголовной ответственности. Повреждения наносят для того, чтобы выдать потом их за повреждение, причиненное другим лицом. При этом создается и версия причинения этих повреждений. В других случаях имеет место нанесение себе повреждений с целью предъявления объективных признаков при ложном обвинении в изнасиловании, в третьих — нанесение себе повреждений наблюдается у лиц эмоционально неустойчивых, обладающих повышенной и неадекватной реакцией на внешние раздражения. При такой эмоциональной вспышке и могут быть нанесены себе повреждения, обычно легкие, поверхностные. Приходится встречаться и с нанесением себе повреждений лицом, инсценирующим защиту охраняемого им объекта, с целью завоевать себе авторитет, получить награду, поощрение. Это может быть у лица, на обязанности которого лежит охрана какого-либо имущества, помещений и других объектов.

Приходится встречаться с нанесением себе повреждений в тех случаях, когда субъект совершил какое-либо преступление, а затем инсценировал либо нападение на себя, либо несчастный случай.

Встречается в практике также симуляция самоубийства. При этом также наносят себе повреждения. Встречаются самоповреждения, обусловленные стремлением уклониться от военной службы. Человек, нанесший умышленно сам себе повреждение, может привлекаться к



Рис. 30. Симуляция нападения. Самоповреждения в виде множественных царапин на лице.

уголовной отв
ми. Например
Сам по
тами в ви
поверхностны
себе наносит
Обычно прих
такими само
рые наносит
ший обвините
венности за н
которым он нах
отношениях. П
повреждений
боязнию при
ности за как
преступления
что он сам я
такой субъек
либо острым
на различных
лице, чаще ж
на ногах. В с
живота, поло
рах такие по
обычно жен
винении в
(рис. 30, 31,



Рис. 32. Симуляция
кожи на боков

уголовной ответственности, если эти действия являются противоправными. Например, если это было сделано для уклонения от военной службы.

Самоповреждения, причиненные тупыми предметами в виде ссадин, царапин, кровоподтеков. Такие поверхностные повреждения могут себе наносить с различной целью. Обычно приходится встречаться с такими самоповреждениями, которые наносит себе субъект, желающий обвинить и привлечь к ответственности за их нанесение лицо, с которым он находится во враждебных отношениях. Причинение себе таких повреждений может быть вызвано боязнью привлечения к ответственности за какие-либо проступки или преступления. Для доказательства, что он сам является пострадавшим, такой субъект наносит себе каким-либо острым предметом царапины на различных частях тела, реже на лице, чаще же на груди, на руках и на ногах. В области нижнего отдела живота, половых органов и на бедрах такие повреждения наносятся обычно женщиной при ложном обвинении в изнасиловании и др. (рис. 30, 31, 32).



Рис. 31. Симуляция нападения. Самоповреждения в виде множественных царапин на голени (И. В. Скопин).



Рис. 32. Симуляция нападения. Надрезы кожи на боковой поверхности живота.

Кроме ссадин, в таких случаях причиняют себе иногда кровоподтеки. Такие кровоподтеки располагаются нередко на наружной поверхности обоих плеч, куда можно дотянуться ртом. Плечо подносят ко рту, кожу захватывают губами и зубами и здесь насасывают кровоподтек. Такие кровоподтеки имеют довольно характерную овальную форму. У лиц с повышенной хрупкостью сосудистых стенок могут быть отмечены даже следы от давления зубами. Иногда такие кровоподтеки могут располагаться на молочных железах, если последние могут быть приближены ко рту.

Диагностика подобных кровоподтеков довольно несложна. Нужно приложить место, где имеется кровоподтек, ко рту и сопоставить, тогда разоблачение возникновения таких кровоподтеков станет ясно и са-

мому предъявителю их. Кровоподтеки могут располагаться и на других частях тела, где они вызываются ударами тупыми предметами.

Иногда свидетельствуемый заявляет, что кровоподтеки возникли у него в результате укуса посторонним лицом. Встречались в практике такие повреждения и на местах, не доступных самому свидетельствуемому или свидетельствуемой, когда их вызывало по его просьбе другое лицо.

Довольно характерную группу таких поверхностных повреждений составляют самоповреждения у эмоционально неустойчивых, истериков, психопатов. Они наносят себе повреждения при довольно определенных обстоятельствах и чаще всего в состоянии опьянения. Такие субъекты, совершившие какое-либо правонарушение, нарушения общественной тишины и порядка, хулиганские действия, задерживаются органами милиции. При задержании они обычно оказывают сопротивление, а будучи задержанными, продолжают бушевать, ведут себя крайне агрессивно.



Рис. 33. Надрезы кожи у правонарушителя. Психопатическая личность с резко выраженной эмоционально-волевой возбудимостью.

В таком состоянии они иногда наносят себе каким-либо острым предметом, например лезвием безопасной бритвы, стеклом, множественные поверхностные повреждения кожи в виде различной длины царапин, расположенных параллельно. Количество таких повреждений может достигать до нескольких десятков; располагаются они обычно на передней поверхности груди, живота, на шее и на верхних конечностях. Иногда у таких субъектов можно обнаружить старые рубцы, свидетельствующие о том, что подобные повреждения они уже наносили себе и ранее (рис. 33—35).

Такие же повреждения наносят себе иногда заключенные.

Примеры. 1. Мужчина 23 лет, будучи задержан за хулиганство, стал требовать свидания с сестрой, в чем ему было отказано. Разбушевавшись, он складным ножом нанес себе множественные надрезы кожи на груди, животе и руках. При освидетельствовании было обнаружено на передней поверхности груди и живота, от ключиц до мечевидного отростка, и на коже нижней половины живота множественные надрезы и царапины кожи числом свыше 30, почти прямолинейной формы, длиной 10—15 см. Повреждения покрыты буроватыми корочками. На груди в вертикальном направлении расположено 13 поверхностных, почти прямолинейных рубчиков длиной от 15 до 20 см.

шириной до 0,2—0,3 см
ждений, но имеющих ок
живота обнаружено до
12—16 см, шириной до
ся 6 линейных, распо
2. Мужчина 22 лет
и острым концом ес
обнаружены два пов
тельно, несколько ниж
ней стенки живота.

При осмотре у
венные, большей ч
пин или ран, про



Рис. 34. Множественные надрезы безопасной бритвы. Самоповреждения.

дения располага
детельствует о
небольшом над
устанавливаетс
ным характером
множественност
сены собственн
указывает на те
себе серьезных
Самоповре
ния на само
но примыкают
несколько ино
дится встречать
случаях имеют
устойчивых суб
ния, такие, ко

шириной до 0,2—0,3 см. В этой же области располагаются еще 6 такого же рода повреждений, но имеющих горизонтальное и косое направление. На передней поверхности живота обнаружено около 30 таких же рубчиков, расположенных вертикально, длиной 12—16 см, шириной до 0,5—0,6 см. На наружной поверхности левого предплечья имеется 6 линейных, расположенных параллельно царапин длиной до 12—15 см.

2. Мужчина 22 лет, будучи задержан, отточил ручку алюминиевой столовой ложки и острым концом ее нанес себе ранение в области груди и живота. При осмотре были обнаружены два поверхностных надреза кожи длиной 2—3 см, расположенных параллельно, несколько ниже левого соска, и два таких же повреждения в области передней стенки живота.

При осмотре у таких субъектов обнаруживаются обычно множественные, большей частью поверхностные, повреждения кожи в виде царапин или ран, проникающих только в кожу. Эти множественные повреж-



Рис. 34. Множественные поверхностные надрезы безопасной бритвой у правонарушителя. Самоповреждение.

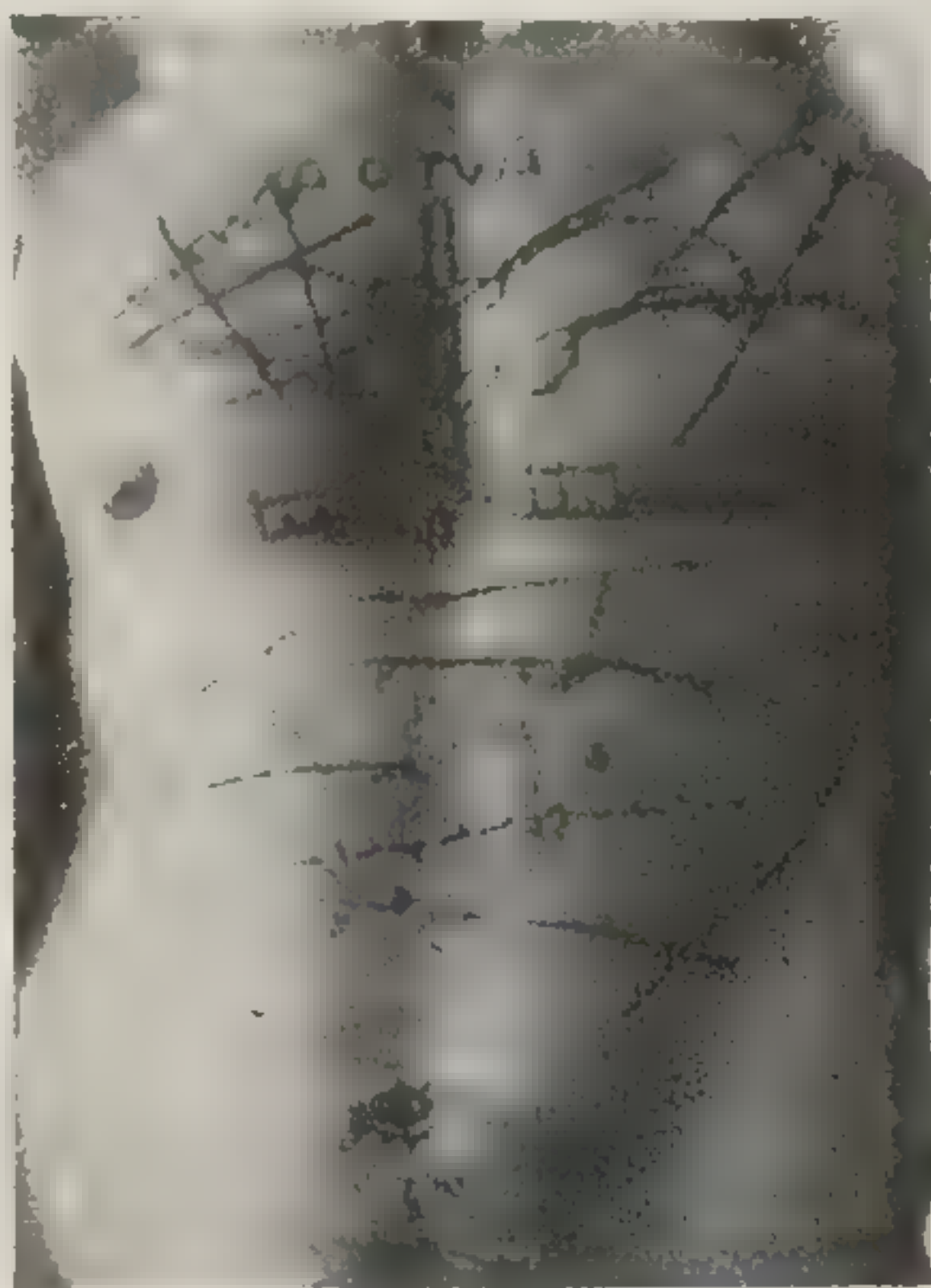


Рис. 35. Множественные поверхностные надрезы на груди у психопатической личности. Самоповреждение.

дения располагаются параллельно. Их поверхностное расположение свидетельствует о том, что они наносились с ограниченной силой, при небольшом надавливании на кожу острым предметом. Обычно легко устанавливается несоответствие между остротой предмета и поверхностным характером обнаруженных повреждений. Характер повреждений, их множественность и параллельность указывают на то, что они были нанесены собственной рукой, а их поверхностное расположение, кроме того, указывает на то, что свидетельствуемый не имел намерения причинить себе серьезных повреждений.

Самоповреждения с целью инсценировки покушения на самоубийство. К приведенным выше наблюдениям тесно примыкают другие, где мотив нанесения себе повреждения бывает несколько иной — инсценировка покушения на самоубийство. Приходится встречаться с различным характером таких происшествий. В одних случаях имеются такие же истерические реакции у эмоционально неустойчивых субъектов. Эти лица наносят себе более глубокие повреждения, такие, которые могут вызвать более серьезные последствия. Они

при этом заявляют, что хотели покончить жизнь самоубийством. Такое намерение у одних может быть действительным, в других же имеет место лишь инсценировка, симуляция покушения на самоубийство.

Органы расследования в подобных случаях ставят вопрос о том, насколько серьезны полученные повреждения, могут ли они считаться опасными для жизни, угрожали ли они жизни опасностью, можно ли по характеру таких повреждений полагать, что субъект действительно имел намерение лишить себя жизни.

Примеры. 1. Мужчина 24 лет находился на занятиях в вечерней школе. В ответ на замечание преподавателя о его плохом ответе и о том, что он не подготовил материала, он схватил лезвие безопасной бритвы и нанес себе разрез в области левого локтевого сгиба. Ему была оказана помощь на месте, а затем он был направлен в больницу, где обнаружено, что перерезаны поверхностные кожные вены. Повреждение было квалифицировано как легкое. Эксперт в своем заключении указал, что при более глубоком разрезе в этой области возможно повреждение крупных сосудов, что может дать опасное для жизни кровотечение.

2. Гр-н С., 23 лет, в нетрезвом состоянии бушевал, оказал сопротивление сотрудникам милиции, был привлечен к уголовной ответственности и предан суду.

Находясь в заключении, С. пытался инсценировать покушение на самоубийство. Дежурный услышал, что С., находившийся в камере, хрипит. Когда открыли камеру, то увидели, что С. находится в петле из разорванной рубашки, укрепленной на железной перекладине над дверью: ноги его находились на полу. Лицо С. было налито кровью, он хрипел, двигал руками, изо рта выделялась пена. После того как петля была перерезана, С. упал на пол. Петля у С. была прямо на шее, не под подбородком. Петлю сняли, С. положили на пол. Лежа С. ритмически разгибал и сгибал обе ноги, делая конвульсивные движения руками, качаясь всем корпусом из стороны в сторону, на губах у него была пена.

Врач, прибывший через 5—6 минут после снятия С. из петли, обнаружил его лежащим на полу лицом вверх. Нижние и верхние конечности у С. попеременно сгибались и выпрямлялись, на вопросы врача он не отвечал. Глаза были закрыты, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Веки при попытке открывать их он сжимал. Реакция зрачков живая. На шее никаких признаков от воздействия петли не было, видимых ушибов и ссадин также. Белье сухое. У угла рта пена белого цвета.

С. был доставлен на носилках в медицинский пункт. Лежа на койке, он продолжал такие же движения конечностями. Через 25 минут С. впервые пожаловался на головную боль, после чего на вопросы не отвечал. Вечером на вопрос о состоянии здоровья ответил грубостью. Ужинал с аппетитом. На следующий день утром С. отвечал на вопросы, но, прежде чем ответить, долго раздумывал, жаловался на головную боль. С. был подвергнут амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, которая установила у него притворный характер поведения: «...с деланным испугом оглядывался по сторонам, таращит глаза, что-то про себя шепчет, на задаваемые вопросы не отвечает...».

Перед экспертами были поставлены следующие вопросы:

1. О чем свидетельствует появление пены у С. и каково ее происхождение?
2. Можно ли выделение пены изо рта вызвать искусственно и если это возможно, то как именно?
3. По описанным в деле объективным признакам установить, был ли С. в сознании в момент осмотра его врачом?
4. О чем свидетельствуют ритмические движения конечностей после того, как он был вынут из петли и положен на землю?

Выводы. 1. Появление окрашенной в розовый цвет пены изо рта при сдавлении органов шеи петлей обычно свидетельствует о развившемся отеке легких. Установить характер пены, наблюдавшейся у С., по имеющимся материалам точно не представляется возможным. Однако отсутствие у С. явлений кислородного голодания и болезненных расстройств со стороны органов дыхания и кровообращения дает право исключить связь между появлением пены и отеком легких.

2. В практике известны случаи, когда появление пены изо рта вызывается искусственно, например с помощью мыла, кусок которого держат за щекой, во рту; мыло дает обильную мелкопузырчатую пену. Пена может изображаться и просто слюной.

3. Можно утверждать, что если сдавливание шеи петлей у С. и имело место, то было чрезвычайно кратковременным, и не в течение 2—3 минут, как о том указывается в материалах дела. При сдавливании шеи петлей в течение 2—3 минут если не наступает смерть, то определяется картина кислородного голодания или длительного расстройства дыхания, стойкое ослабление сердечной деятельности с нарушениями со стороны центральной нервной системы, потерей сознания. Впоследствии у людей, из-

влеченных из петли
и восстановление легких.
смертельным исходом
разной первой систе
чае никаких подобны
вания шеи петлей.
детелями происшеств

Нельзя исключать
сдавливание шеи пет
некоторое препятств
ны также и резким
странгуляционной бор
было слабым, очень к

4. Объективные п
при активном их раз
вавшим С. через 5—6
момент не находился
тверждается и теми р
лиями, превышающим
сползая с пальто, на
ных судорожных дви
ральной нервной сис

Покушение на
ми: посредством
повешения. В каж
ный анализ обна



Рис. 36. П

суждения органам
место — покушение
экспертам в таких
ствительно серьезн
могут иметь

влеченных из петли в указанные выше сроки, обычно развиваются тяжелый отек и воспаление легких, которые являются опасными для жизни и обычно заканчиваются смертельным исходом спустя несколько дней. Болезненные изменения со стороны центральной нервной системы также бывают длительны и резко выражены. В данном случае никаких подобных явлений, характерных для кислородного голодания от сдавливания шеи петлей, не усматривается, кроме «налитого кровью лица», отмеченного свидетелями происшествия.

Нельзя исключить того, что С., стоя ногами на полу, производил лишь легкое сдавливание шеи петлей, слегка согнув ноги, чем и вызвал застойные явления, создав некоторое препятствие оттоку крови от головы. Подобные явления могли быть вызваны также и резким натуживанием при плотном облепании петлей шеи. Отсутствие странгуляционной борозды на шее С. следует объяснить тем, что сдавливание шеи было слабым, очень кратковременным и производилось петлей из мягкого материала.

4. Объективные признаки (живая реакция зрачков на свет, сопротивление век при активном их разведении, нормальный пульс), зафиксированные врачом, осматривавшим С. через 5—6 минут после происшествия, свидетельствуют о том, что С. в этот момент не находился в бессознательном состоянии, а лишь притворялся. Это же подтверждается и теми ритмичными движениями рук и ног, которые производил С. с усилиями, превышающими вес тела (опираясь ногами о стену, С. отталкивался от нее, сползая с пальто, на котором лежал). Эти движения не характерны для беспорядочных судорожных движений, наблюдающихся при остром кислородном голодании центральной нервной системы. И эти движения также свидетельствуют о притворстве С.

Покушение на самоубийство может совершаться различными путями: посредством огнестрельного оружия, острых орудий, отравления, повешения. В каждом отдельном конкретном случае требуется тщательный анализ обнаруженных изменений и повреждений для правильного

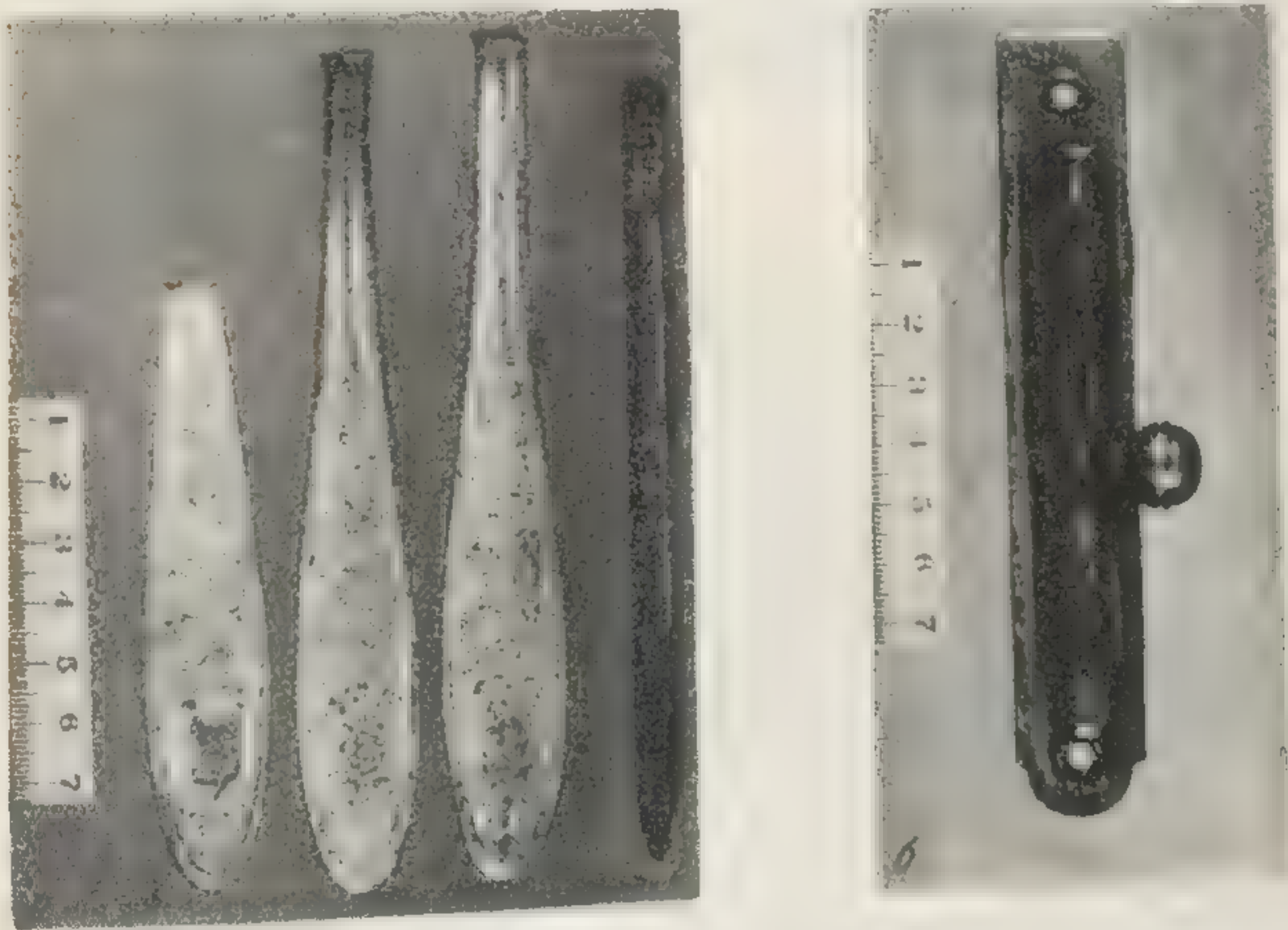


Рис. 36. Проглоченные предметы, извлеченные из желудка (а, б).

суждения органами расследования о том, что в действительности имело место — покушение или инсценировка покушения. Судебно-медицинским экспертам в таких случаях приходится устанавливать, насколько действительно серьезны были такие повреждения и какие последствия они могли иметь.

Проглатывание инородных тел. В некоторых случаях приходится встречаться с проглатыванием инородных тел.

Примеры. 1. Пьяный мужчина, 22 лет, был задержан за хулиганские действия. В дежурной комнате милиции он в состоянии сильного возбуждения нанес себе лезвием безопасной бритвы многочисленные поверхностные порезы на груди и животе, затем разломал лезвие безопасной бритвы и часть обломков проглотил.

При освидетельствовании у него были найдены множественные, покрытые корочкой царапины на груди, на животе выше пупка, на шее справа, на наружной боковой поверхности левого предплечья. Все повреждения были поверхностными.

2. Гр-н Г., 21 года, отбывал наказание за уголовное преступление. Систематически уклонялся от работы, предъявлял жалобы на состояние здоровья — головные боли, боли в животе. Умышленно глотал инородные металлические предметы.

22/1 Г. заявил, что проглотил два гвоздя длиной по 5—6 см. Был направлен для рентгенологического обследования, где установлено, что у Г. в желудке действительно имеются 2 гвоздя.

30/1 Г. проглотил швейную иглку. При обзорной рентгеноскопии кишечника иглка была обнаружена на уровне III поясничного позвонка.

12/II Г. проглотил 3 иглки и вновь был направлен в медицинскую часть, где при рентгеноскопии одна иглка была обнаружена в сигмовидной кишке и 2 иглки в слепой кишке.

16/II инородных тел уже не обнаруживалось. Был направлен на судебно-медицинскую экспертизу для разрешения вопроса: насколько опасно для жизни Г. проглатывание им гвоздей и швейных иглок?

В ы в о д ы. Проглатывание инородных тел, а тем более гвоздей и игл представляет значительную опасность для жизни, так как может привести к прободению стенки пищевода, стенки желудка, кишечника и последующим тяжелым осложнениям (воспаление брюшины, повреждение крупного кровеносного сосуда).

В дальнейшем оказалось, что глотание инородных тел, в частности иглок, наблюдалось еще у нескольких лиц до тех пор, пока Г. не был привлечен к уголовной ответственности. Было установлено, что глотание игл сопровождалось предварительным заключением их в парафин или воск.

Таким образом, нужно иметь в виду, что наряду с психопатами проглатывание инородных предметов может быть с целью освобождения от наказания и у вполне здоровых субъектов. Необходимо в таких случаях производить и судебно-психиатрическую экспертизу.

Проглатывание инородных тел наблюдается обычно у психопатических субъектов, в том числе и у правонарушителей, которые бывают задержаны. Проглатываются различные предметы: винты, гвозди, ключи, ножи, скрепки, иглки, булавки и др. (рис. 36). Количество предметов может быть иногда чрезвычайно велико. В литературе описаны случаи обнаружения в желудке 391 предмета, среди которых были иглки, булавки, гвозди, винты, ключи и др. Такие действия обычно совершают истерики и тяжелые психопаты. Для удаления проглоченных предметов приходится прибегать к операции. Проглоченные предметы могут вызывать и тяжелые осложнения: флегмону желудка, прободение его. Известны повторные случаи проглатывания различных предметов после произведенной полостной операции для удаления проглоченных предметов из желудка.

Самоповреждения при помощи механических средств

Самоповреждения, причиненные тупыми предметами. Такие повреждения пытаются выдавать за производственную травму или за повреждения случайные при нападении и нанесении их посторонним лицом. Такие самоповреждения действительно могут быть иногда и на производстве, когда подкладывается часть тела, чаще всего пальцы, под какие-нибудь сдавливающие механизмы, причиняющие повреждения. Иногда просто ударяют тупым предметом по какой-либо части тела, чаще всего по пальцам, связывая это с работой. При ложном обвинении посторон-

них лиц в нападении и причинении повреждений могут наноситься повреждения тупым предметом в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран (см. выше).

Сами повреждения могут носить различный характер: от поверхностных и незначительных, обычно вызывающих лишь кратковременное расстройство здоровья, до весьма обширных, заставляющих думать о возможности психического заболевания у данного субъекта. Например, раздавливание мошонки, повреждения глаза и др.

Самоповреждения посредством острых орудий могут встречаться при самых различных обстоятельствах: при симуляции самоубийства, нападения, иногда комбинируемых со связыванием рук и ног, при истерических реакциях. Иногда такие повреждения могут выдавать и за производственную травму.

Повреждения могут наноситься режущими, колющими и рубящими орудиями.

Повреждения режущими орудиями (ножом, бритвой, лезвием безопасной бритвы) бывают обычно поверхностными, многочисленными, параллельными; они располагаются на передней поверхности тела, чаще всего на груди, на животе, на верхних конечностях, реже — на шее и нижних конечностях. Но нужно иметь в виду, что они могут иногда быть и на задней поверхности тела: обычно же они располагаются там, где доступны собственной руке.

Повреждения колющими орудиями встречаются сравнительно редко. Наносят себе повреждения гвоздем, иглой, вводят колющие предметы (иглы) в мягкие ткани, подкожную клетчатку, например в окрестности сустава для симуляции воспаления сустава. Более серьезные повреждения, например введение иглы в сердце, требуют и судебно-психиатрической экспертизы таких лиц.

Повреждения рубящими орудиями. Среди таких повреждений обычно встречаются отрубание пальцев руки (рис. 37), реже ног. Эти повреждения довольно характерны и не представляют затруднений для диагностики. Случайные отделения пальцев рубящим орудием встречаются исключительно редко, да и то обычно у детей, подростков, не умеющих обращаться с орудием, например с топором, в силу чего и возникают такие повреждения. У взрослых и работников специальных профессий (лесорубов, столяров, плотников) подобные повреждения встречаются исключительно редко. У лесорубов в качестве производственных травм описаны ранее повреждения нижних конечностей, которые возникали главным образом при обрубании сучьев от дерева. Новая техника свела на нет и эти повреждения.

Самоповреждения совершаются обычно без свидетелей, в укромном месте и, как правило, связываются с производимой работой (колкой дров, обрубанием сучьев, какой-либо столярной или плотницкой рабо-



Рис. 37. Самоповреждение рубящим орудием. Отделенная фаланга пальца.

той), во время которой и причиняются подобные повреждения. Иногда такие повреждения могут наноситься и при свидетелях, когда неудачный удар топором объясняют неправильным движением, толчком, соскальзыванием руки или ноги и др. Известны случаи, когда такие повреждения наносились сообщником.

Чаще всего повреждаются пальцы рук и прежде всего левой, а затем правой. Реже повреждаются пальцы нижних конечностей и стопы. Более серьезные повреждения указывают на возможность психического заболевания и в таких случаях требуется судебно-психиатрическая экспертиза.

Диагностика самоповреждения заключается в сопоставлении объективных данных и объяснений свидетелеваемого, анамнестических данных. Такое сопоставление позволяет установить, например, несоответствие расположения повреждений описаниям свидетелеваемого. Например, свидетелеваемый объясняет, что он получил повреждение в то время, когда обтесывал колышки. При этом рука его должна быть согнутой, охватывающей предмет, и линия отруба пальцев должна проходить при сложенном их положении. При осмотре же оказывается, что линия отруба проходит иначе — при вытянутых и сложенных вместе пальцах. Таким образом, налицо несоответствие объективных данных и объяснений свидетелеваемого. В некоторых случаях необходимо прибегать к показу позы, положения части тела в момент получения повреждения. Такое восстановление обстановки происшествия чрезвычайно полезно и позволяет обычно установить неправдоподобность объяснений свидетелеваемого.

Необходимо также производить осмотр одежды, обуви, если повреждение наносилось по части тела, прикрытой одеждой или обувью. Нужно только иметь в виду, что одежда, обувь должны быть изъяты следователем как вещественное доказательство. Судебно-медицинский эксперт может осмотреть эту одежду только для уяснения себе отдельных деталей обстоятельств повреждения. Специальное исследование одежды должно производиться в физико-техническом отделении Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Должно быть также осмотрено оружие, которым было нанесено повреждение, и предмет, на котором находилась поврежденная часть тела в момент возникновения повреждения. Если, например, повреждение нанесено во время колки дров, то на полене могут быть обнаружены надрубы, в которых может быть наличие кусочков кожи, сухожилий. Это позволит установить, какой именно надруб был связан с повреждением и в каком положении, следовательно, находились пальцы во время нанесения удара. Эти объективные данные чрезвычайно помогают в диагностике таких повреждений.

Большое значение имеют обнаруживаемые на отдельных частях тела или на культе пальца дополнительные насечки или надрубы, указывающие на то, что часть тела была отделена не одним ударом, и предварительно наносились более поверхностные удары. Наличие дополнительных насечек исключает возможность случайного получения повреждения.

Самоповреждения огнестрельным оружием. С подобными повреждениями приходится встречаться сравнительно редко и силу ограниченности распространения огнестрельного оружия. Обычно такие повреждения могут быть у лиц, имеющих огнестрельное оружие при исполнении ими служебных обязанностей или имеющих к нему доступ (работников связи, доставляющих ценную почту или грузы, сторожей, конвоиров и др.). Огнестрельные самоповреждения могут быть связаны с симуляцией нападения, ограбления, нападением задерживаемых или конвоируемых.

Обычно са-
мого рассто-
дения разл-
сии. Приве-
сии происш-
стрел; б) н-
стелеваем о-
тельствам);
Случайн

хождение
самоповреж-
при чистке
жия не бы-

Версия
от обстано-

а) Нап-
ние связыв-
стелеваем.
сено огнес-
производи-
не удалос-

б) Нап-
ботников
ности суб-

якобы в п-
в) Нап-
двигает су-

г) Поку-
самоубийст-
неокончен-
В некот-
что при вы-
стрела, при-

Обычно самоповреждение наносится выстрелом в упор или с близкого расстояния. Свидетельствуемый объясняет возникновение повреждения различными причинами, в зависимости от выдвигаемой им версии. Приводятся в таких случаях вымышленные обстоятельства и версии происшествия. Их можно свести к следующим: а) случайный выстрел; б) нападение (с целью ограбления на охраняемый свидетельствуемый объект; с целью террористического акта и по другим обстоятельствам); в) покушение на самоубийство.

Случайный выстрел, которым объясняет свидетельствуемый происхождение повреждения, — наиболее частая версия при огнестрельных самоповреждениях. Так, например, объясняют, что ранение произошло при чистке оружия, хотя иногда никакой необходимости в чистке оружия не было.

Версия о нападении также имеет несколько вариантов, в зависимости от обстановки:

а) Нападение с целью ограбления. В этих случаях обычно нападение связывают с ограблением ценностей, которые доставлял свидетельствуемый. При сопротивлении ему, как он утверждает, и было нанесено огнестрельное ранение. В одних случаях он сопротивлялся и сам производил выстрелы, в других случаях ему таких выстрелов произвести не удалось, и он объясняет, что ранение получил выстрелом из отнятого у него оружия или из оружия нападавших.

б) Нападение на охраняемый объект встречается у сторожей или работников охраны предприятия. В этих случаях иногда для правдоподобности субъект производит несколько выстрелов и получает ранение якобы в перестрелке с нападавшими.

в) Нападение с целью террористического акта. Такую версию выдвигает субъект, желающий отличиться, создать себе авторитет.

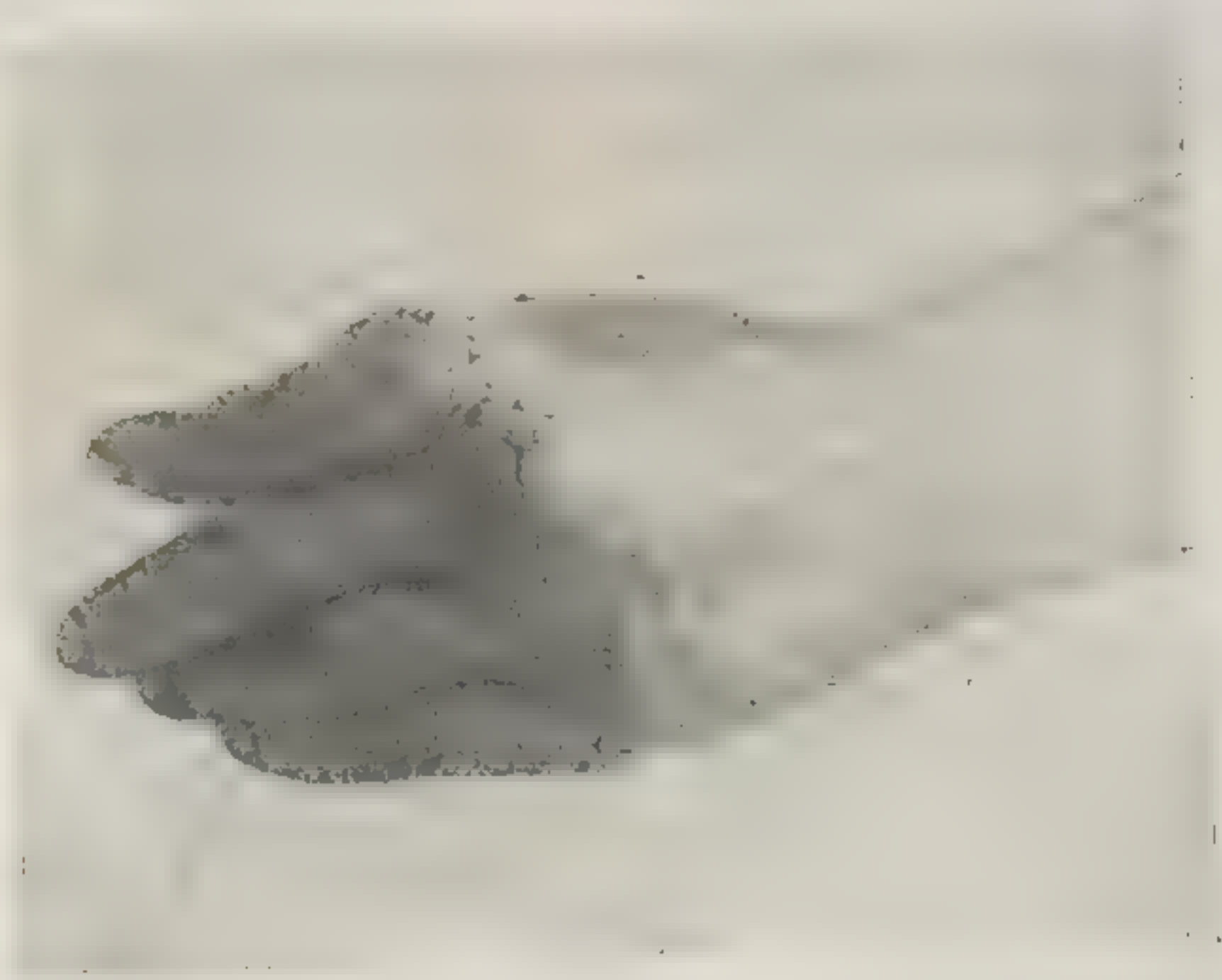


Рис. 38. Самоповреждение пальца огнестрельным оружием.

г) Покушение на самоубийство может быть либо инсценировкой самоубийства, либо действительно попыткой самоубийства, оставшейся неоконченной.

В некоторых случаях самоповреждений такие субъекты, зная о том, что при выстрелах на близком расстоянии остаются следы близкого выстрела, прибегают к маскировке, прикрывая части тела какими-нибудь

прокладками, через которые производят выстрел, или производят выстрел через какие-либо предметы. В некоторых случаях такие прокладки действительно предохраняют от следов близкого выстрела. Поэтому следователю чрезвычайно важно при отсутствии следов близкого выстрела принять меры к поиску таких прокладок, предметов со следами близкого выстрела, так как они являются чрезвычайно важными вещест-

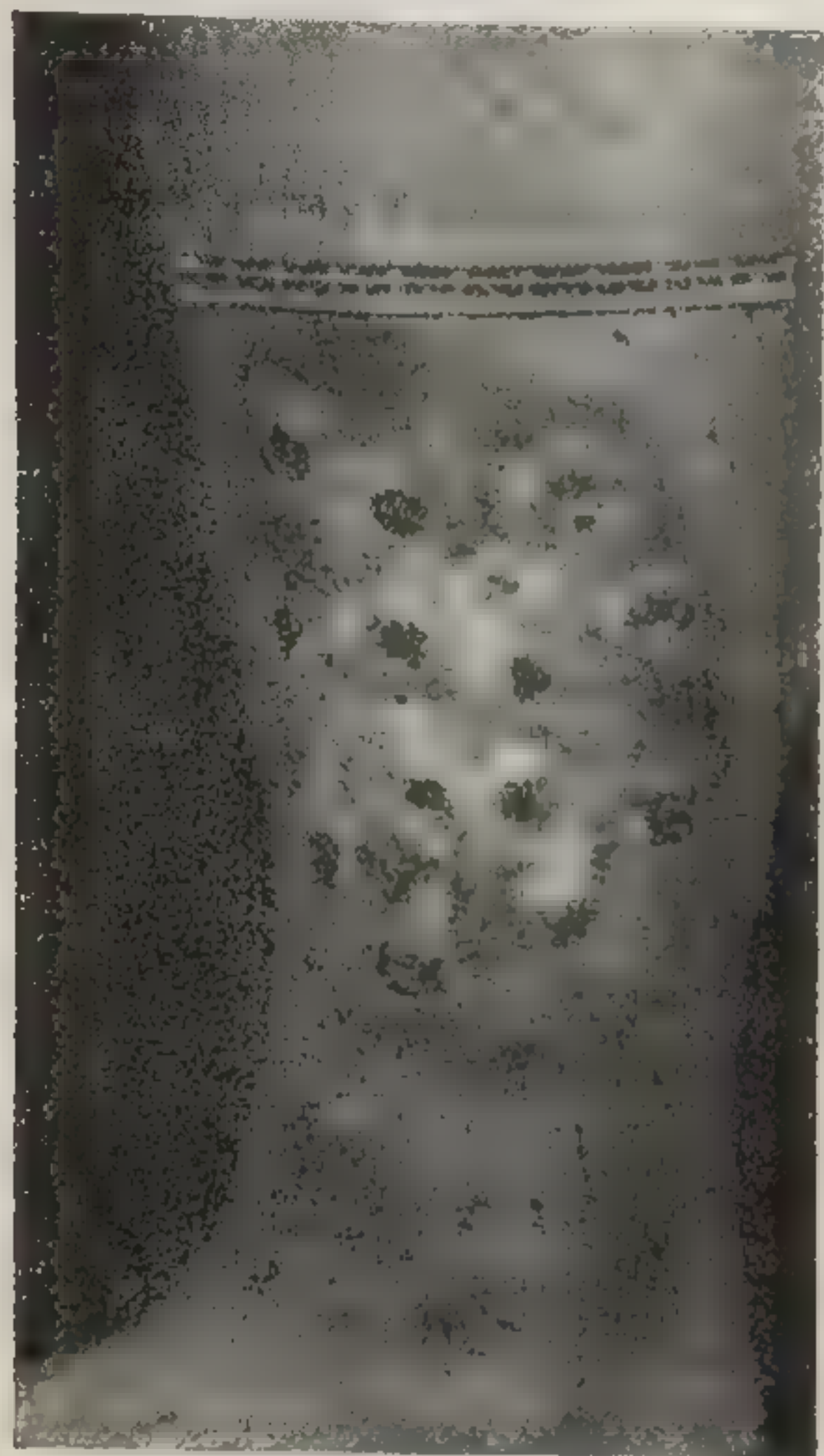


Рис. 39. Искусственные язвы и следы уколов.



Рис. 40. Искусственная язва, вызванная едким веществом.

венными доказательствами. Локализация повреждений может быть самой различной, однако чаще всего повреждаются опять-таки верхние конечности — пальцы левой кисти или сама кисть (рис. 38), пальцы правой кисти, стопы, реже — предплечье и голень и совсем редко другие части тела. При версии самоубийства огнестрельные повреждения располагаются обычно на груди.

При таких повреждениях приходится решать обычные для огнестрельных повреждений вопросы:

1. На каком расстоянии был произведен выстрел. 2. Где выходное и входное отверстия (каково направление выстрела). 3. Из какого оружия был произведен выстрел.

Исследование субъекта в таких случаях начинается с анамнеза. Подробно выясняются анамнестические данные, затем переходят к осмотру повреждений. Большое значение, конечно, имеет время, прошедшее после получения повреждения до исследования. Чем раньше осматривали потерпевшего, тем более точными могут быть ответы на вопросы, интересующие следствие. Если рана подвергалась хирургической обработке, то на некоторые вопросы ответить, конечно, трудно. Определение дальности расстояния выстрела, входного и выходного отверстий произ-

водится на
тщательно
и в случа
дебно-хим
Сущест
вреждения
производи
ины с со
го докуме
В ряде
произведе
шествия, к
происшест
же данные
жия и дру
могут по
вить диагн

Искусс

Искусс
вания к
ной кле
кусственн
лее извест
подкожной

Воспрои
личные фор
и подкожно
применяют
и способы.
ются дерма
моны, отеки
искусственн
ная эмфизе
ваниям пос
рубежная
отечественн

Искусств
ческими, тер
и инфекцион
заболевания

Искусств
ранием или
Острый дерм
зина. Возник
паление. Иск
царапанную
познать иску

Лютиковы
(«куриная
стах, на луг
кожи, на пом
и частями де
растения. По
вые цветки, м
ми, а через 4

водится на основании обычных данных. При осмотре следует подробно и тщательно осмотреть входное и выходное отверстия, окружающие ткани и в случае надобности производить дополнительные исследования (судебно-химическое, гистологическое).

Существенное значение имеет осмотр одежды. Здесь, как и при повреждениях острым орудием, специальное исследование одежды должно производиться в физико-технических отделениях Бюро судебной медицины с составлением специального документа экспертизы.

В ряде случаев требуется воспроизведение обстановки происшествия, иногда на месте самого происшествия. Необходимы также данные и об экспертизе оружия и другие сведения, которые могут помочь правильно поставить диагноз.

Искусственные заболевания. Искусственные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Среди искусственных заболеваний наиболее известны заболевания кожи и подкожной клетчатки.

Воспроизводятся самые различные формы заболевания кожи и подкожной клетчатки, для чего применяются различные средства и способы. Известны и встречаются дерматиты, абсцессы, флегмоны, отеки, язвы (рис. 39—42), искусственные опухоли, подкожная эмфизема и др. Этим заболеваниям посвящена обширная зарубежная и дореволюционная отечественная литература.

Искусственные заболевания кожи вызываются химическими, механическими, термическими агентами, соками некоторых растений, а также и инфекционным материалом, взятым от больных различными кожными заболеваниями, в частности паразитарными.

Искусственные дерматиты вызываются прикладыванием к коже, втиранием или смазыванием какими-либо раздражающими веществами. Острый дерматит может быть вызван втиранием в кожу керосина, бензина. Возникающее раздражение кожи очень напоминает рожистое воспаление. Искусственные дерматиты могут вызываться втиранием в царапанную кожу выделяемого, взятого от больного. Иногда трудно распознать искусственное происхождение дерматита.

Лютиковый дерматит вызывается соком ползучего едкого лютика («куриная слепота») — растения, встречающегося в болотистых местах, на лугах. Сок всех частей этого растения вызывает раздражение кожи, напоминающее ожог. Экспериментальные исследования с соком и частями цветка лютика позволили выяснить механизм действия этого растения. Повязки, смоченные соком лютика или содержащие лютиковые цветки, через час вызывают появление красноты с резкими границами, а через 4—5 часов — развитие пузыря с серозным содержимым. Через



Рис. 41. Искусственная язва. Демонстрация способа вызывания язвы.

1—2 недели, в зависимости от величины, происходят ликвидация пузыря, отпадение отдельных омертвевших участков эпидермиса и регенерация его. В дальнейшем на месте поражения остаются бело-коричневые участки кожи, сохраняющиеся месяцами (рис. 43—46).

Распознавание лютикового дерматита не представляет особых затруднений. При осмотре таких поражений их можно вначале принять за ожог I степени, однако детальное исследование позволяет отличить лютиковый дерматит от термического ожога. Образовавшийся пузырь наполнен студенистым беловатым содержимым. Кожа в окружности



Рис. 42. Искусственный дерматоз у страдающей истерией (по Мауг).

имеет вид каемки ярко-красного цвета, с резкими границами. Особенно легко распознается искусственное происхождение дерматита при одновременном появлении группы лиц с такими поражениями кожи. Свидетельствуемые обычно и не стараются выдать лютиковый ожог за термический, а ссылаются либо на раздражение кожи лекарственными веществами, либо на какое-то случайное поражение, а иногда прямо указывают, что изменения вызваны лютиком, так как свидетельствуемый якобы лежал раздетый на траве.

Случайные поражения кожи лютиком, конечно, возможны, однако при случайных поражениях пузырьки образуются на открытых частях тела и имеют ограниченные размеры, обычно очень незначительные, во всяком случае не превышающие размеров цветка лютика. Когда же приходится встречать такие поражения на значительном протяжении и одиночные крупные пузыри диаметром в несколько сантиметров, то совершенно ясно, что такие

поражения не могут возникнуть случайно.

Рекомендуется при подозрении на лютиковый дерматит тщательно осматривать поверхность поражения с лупой. В области поражения можно обнаружить отдельные частички растения и, таким образом, получить весьма ценное вещественное доказательство, подтверждающее происхождение искусственного дерматита. Такие повреждения могут встречаться и в зимнее время, так как и высушенные цветки лютика сохраняют свои раздражающие свойства.

Искусственные флегмоны и абсцессы вызываются введением под кожу различных химических веществ (бензин, керосин, спирт, скипидар), инородных тел (ниток, бумаги, марли), инфицированных материалов (зубной налет, слюна и др.). Нитки иногда предварительно пропитывают нефтью или минеральной водой, затем вводят под кожу.

Иногда флегмона вызывается неоднократно, повторно, с целью получения больничного листа и по другим поводам.

ликвидация пузырей
са и регенерация
бело-коричневых
).
зляет особых
вначале при
звляет отлич
завшийся пузыр
ка в окружност
ки ярко-красног
границами. Осо
познается иску
ждение дермати
енном появлении
ими поражения
идетельствуемые
раются выдать
за термический
о на раздраже
твенными веще
ако-то случай
иногда прямо
изменения вы
ак как свиде
бы лежал раз

ажения кожи
возможны, од
их поражения
тся на откры
имеют ограни
обычно очень
всяком слу
ние размеров
гда же прихо
ие поражения
протяжении и
пузыри диа
сантиметров
что такие

ит тщательно
ажения мож
разом, полу
верждающее
дения могут
етки лютика
нием под ко
, скипидар),
материалов
пропитыва
целью полу



Рис. 45. Лютиковый дерматит передней стенки живота.

Химические вещества и ин-
струмент, иногда острым про-
тивом вставляют в отверстие
птичьего пера и через них вво-
дят искусственные фле-
бы в области голени, бедра
и верхних конечностей.
Течение искусственной фле-
бы, как и при других
и главным образом от

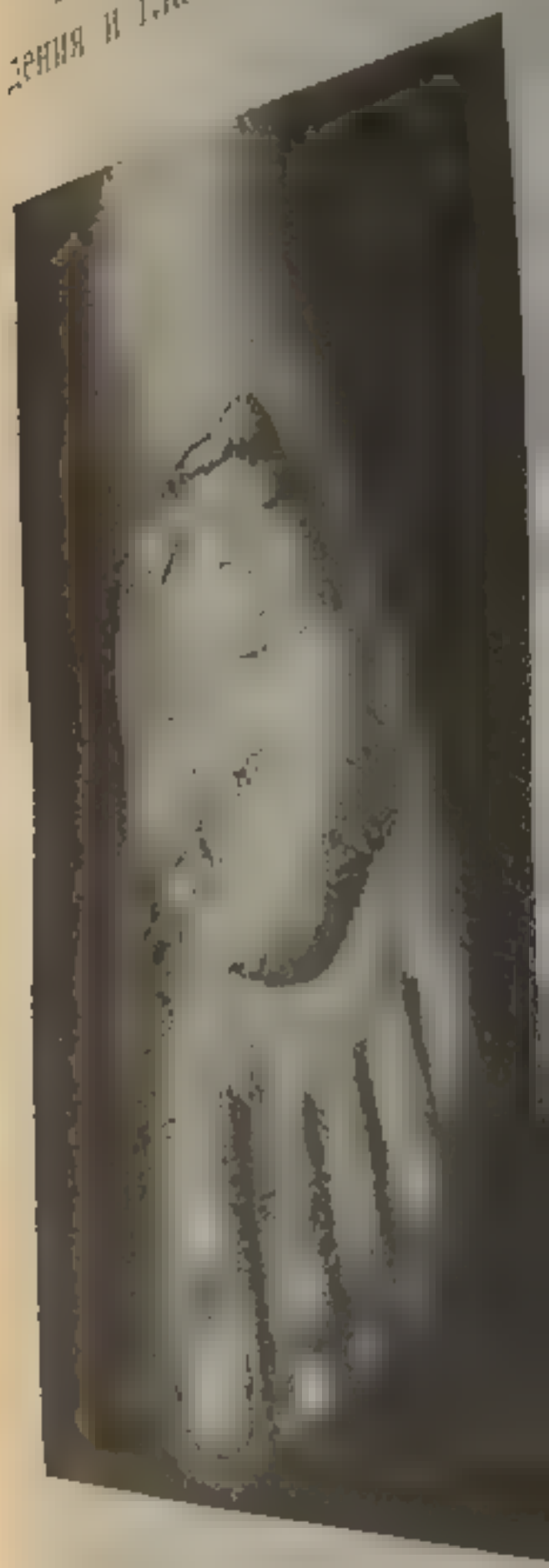


Рис. 43 Лентинный дерматит тыла
стопы.

дражающие вещества
очень быстро после вв-
ожения инфицированного
кожа инфицированного
иногда дают смер-
ельный фактор, который бы с
са и место их локализации
объяснить. Поэтому необ-
ходимо фактор заставляющий
состояние.

При осмотре кожи и с
факторы, влияющие на наличие
кожа может превратиться
образовании кровоподтеков.
13 и Н. Лозов

Химические вещества и инфицированные материалы вводят обычно шприцем, иногда самодельным, или же кожу прокалывают предварительно каким-либо острым предметом: шилом, иглой, вилкой, гвоздем. В отверстие вставляют соломинку, стеклянную трубочку, стержень птичьего пера и через них вводят то или иное вещество.

Обычно искусственные флегмоны и абсцессы располагаются на передней поверхности голени, бедра, в области голеностопного сустава, реже — в области верхних конечностей и передней поверхности груди. Располагаются они, как и при других самоповреждениях, там, где это доступно руке самого субъекта.

Течение искусственной флегмоны, абсцесса зависит от способов введения и главным образом от введенного материала. Химические раз-



Рис. 43. Лютиковый дерматит тыла стопы.

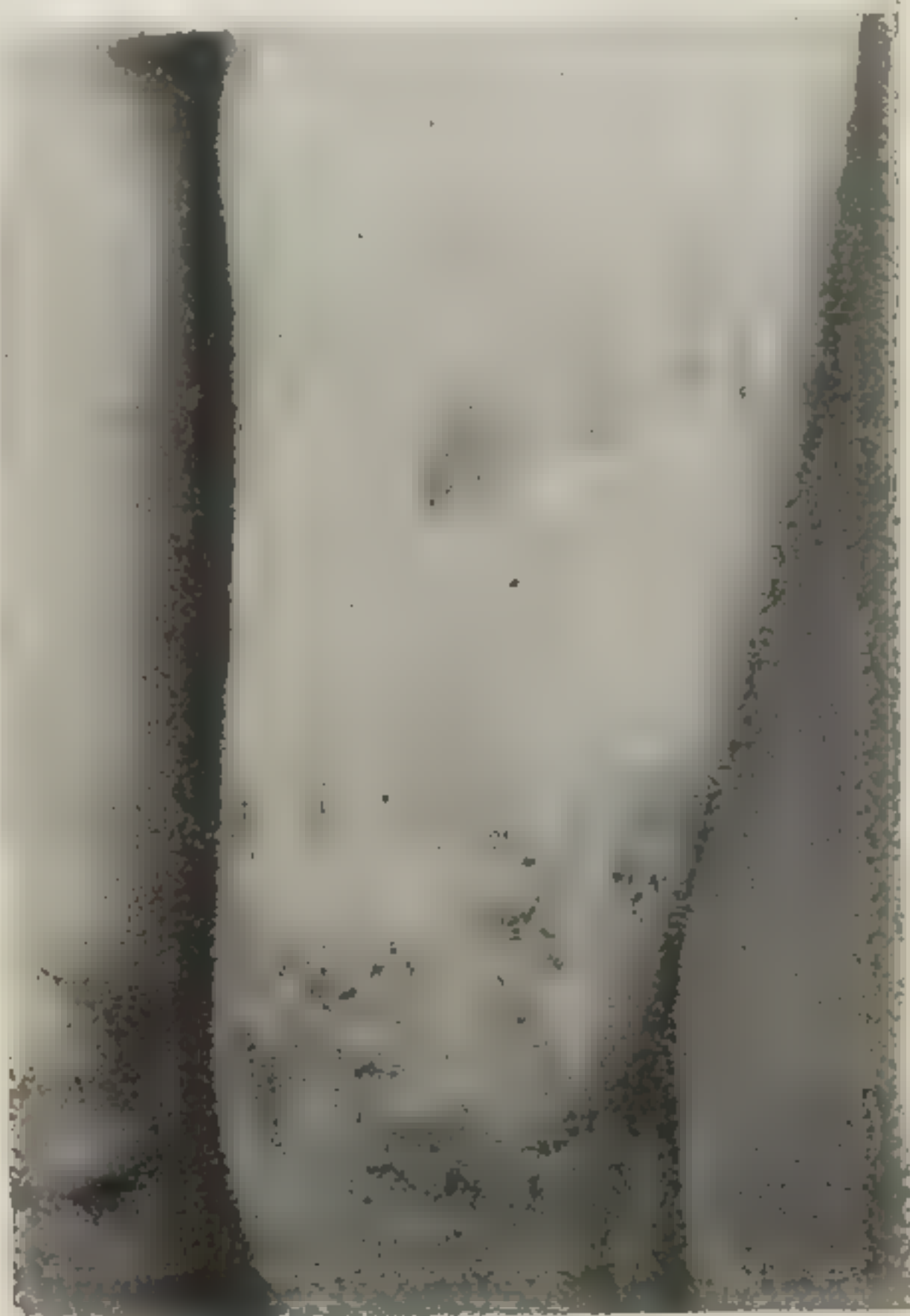


Рис. 44. Отпечатки листьев лютика на бедре.

дражающие вещества вызывают асептическое воспаление, флегмону очень быстро после введения материала. Флегмоны от введения под кожу инфицированного материала имеют очень тяжелое течение, склонность к распространению и сопровождаются тяжелой общей реакцией, а иногда дают смертельный исход от сепсиса.

При опросе свидетельствуемого не удастся установить этиологический фактор, который бы объяснял возникновение флегмоны или абсцесса и место их локализации, а сам свидетельствуемый не может этого объяснить. Поэтому необычная локализация и неизвестный этиологический фактор заставляют внимательно отнестись к выявлению этих обстоятельств.

При осмотре кожи в области флегмоны или абсцесса следует обращать внимание на наличие следов от инъекции материала. При развитии флегмоны точечная ранка от укола иглой (иногда их бывает несколько) может превращаться в свищ. В окружности ранок наблюдается небольшое кровоизлияние. Такая ранка может быть обнаружена особенно

хорошо при осмотре с лупой. При вскрытии флегмоны нужно обратить внимание на запах. При флегмонах, вызванных продуктами нефти или скипидаром, ощущается соответствующий запах, который содержимое флегмоны может сохранять долгое время. При флегмонах вследствие применения инфицированного материала наблюдается резкий каловый запах от гноя клетчатки, указывающий на происхождение флегмоны.



Рис. 46. Пигментация передней стенки живота после лютикового дерматита (наблюдение Л. В. Станиславского).

Дальнейшее уточнение диагностики требует химического и бактериологического исследования содержимого. Рекомендуется содержимое флегмоны при подозрении на искусственное ее происхождение направлять и для судебно-химического и для бактериологического исследования. Даже при наличии запаха керосина, бензина обязательно требуется судебно-химическое исследование, так как нефтепродукты обнаруживаются в содержимом флегмоны очень легко и продолжают время после введения.

Искусственные свищи могут симулировать туберкулез регионарных лимфатических желез, актиномикоз и другие тяжелые хронические заболевания. Обычно

искусственные свищи — парные, потому что они вызываются продерживанием под кожей нитки, пропитанной инфицированным материалом или каким-либо раздражающим веществом.

При осмотре и при самом тщательном исследовании не удастся установить этиологического фактора, объясняющего возникновение свища. Наличие парных свищей, иногда нескольких, с необычной локализацией может прямо указывать на их искусственное происхождение. Необходимо исследовать отделяемое свищей, в котором иногда можно обнаружить частички инородных тел, нитки.

Искусственные отеки и припухлости располагаются преимущественно на конечностях, чаще на нижних, реже на верхних (рис. 47), и вызываются двумя путями: а) перетягиванием конечности бинтом, шнурком, полотенцем, резинкой и т. п.; б) длительной и систематической травматизацией участка конечности, например поколачиванием.

Длительная перетяжка или бинтование конечности приводит к застою в кровеносных и лимфатических сосудах и последующему отеку тканей. Последние, вначале постозные и мягкие, в дальнейшем уплотняются и становятся твердыми. В этом периоде отечность конечности может быть принята за слоновость (элефантиазис). Эксперту обычно приходится осматривать конечность со стойкой отечностью вследствие длительного и систематического ее перетягивания.

Отечность может быть вызвана длительным систематическим поколачиванием каким-либо твердым предметом по ограниченной части тела.

Во избеж
которым
цем. По
(бутылк
вает тро
мого тра
отека —
стопы и
Перет

Кроме то
ния коне

В. А. Искусстве
сустава. С
лось небо
керосина.
изменени
степенное
ли свои
цвета. Та
ставе.

При о
наружива
искусстве
личина по

Свидет
нечностей,
жение, вы
травму.

Диагно
нения, так
давности. Э
быть и ней
ленные осо
возникают

Во избежание следов, указывающих на травматизацию ткани, предмет, которым поколачивают, или руку обматывают ватой, тряпкой, полотенцем. Поколачивают обычно предметом, не имеющим граней, гладким (бутылкой, ложкой, скалкой и т. п.). Длительная травматизация вызывает тромбоз подкожных вен и развитие твердого стойкого, так называемого травматического отека. Обычная локализация травматического отека — тыльная поверхность кисти, чаще левой, тыльная поверхность стопы и передняя поверхность голени.

Перетяжка и поколачивание тканей могут сочетаться друг с другом. Кроме того, могут применяться дополнительные средства в виде натирания конечности настоем табака.

В. А. Надеждин (1927) наблюдал более сложные способы вызывания искусственного местного отека стопы, кистей, в области голеностопного сустава. С отдельными перерывами очень тонкой иглой под кожу вводилось небольшое количество слабо раздражающего вещества, например керосина. Вследствие развития воспалительных, а затем склерозирующих изменений возникали расстройство кровообращения, лимфостазы и постепенное развитие стойкого отека. Стопа или кисть припухали, теряли свои контуры, были плотными на ощупь, красновато-синюшного цвета. Такие изменения приводили к ограниченной подвижности в суставе.

При осмотре кожи в области голеностопного сустава под лупой обнаруживались втянутые точечные рубчики или белесоватые полоски. На искусственное происхождение таких рубчиков указывали одинаковая величина полосок и правильные их края.

Свидетельствуемый, у которого отмечали припухлости или отеки конечностей, ссылается обычно на травму, ушиб при падении, перенапряжение, вывих и др. Иногда ссылаются на хроническую производственную травму.

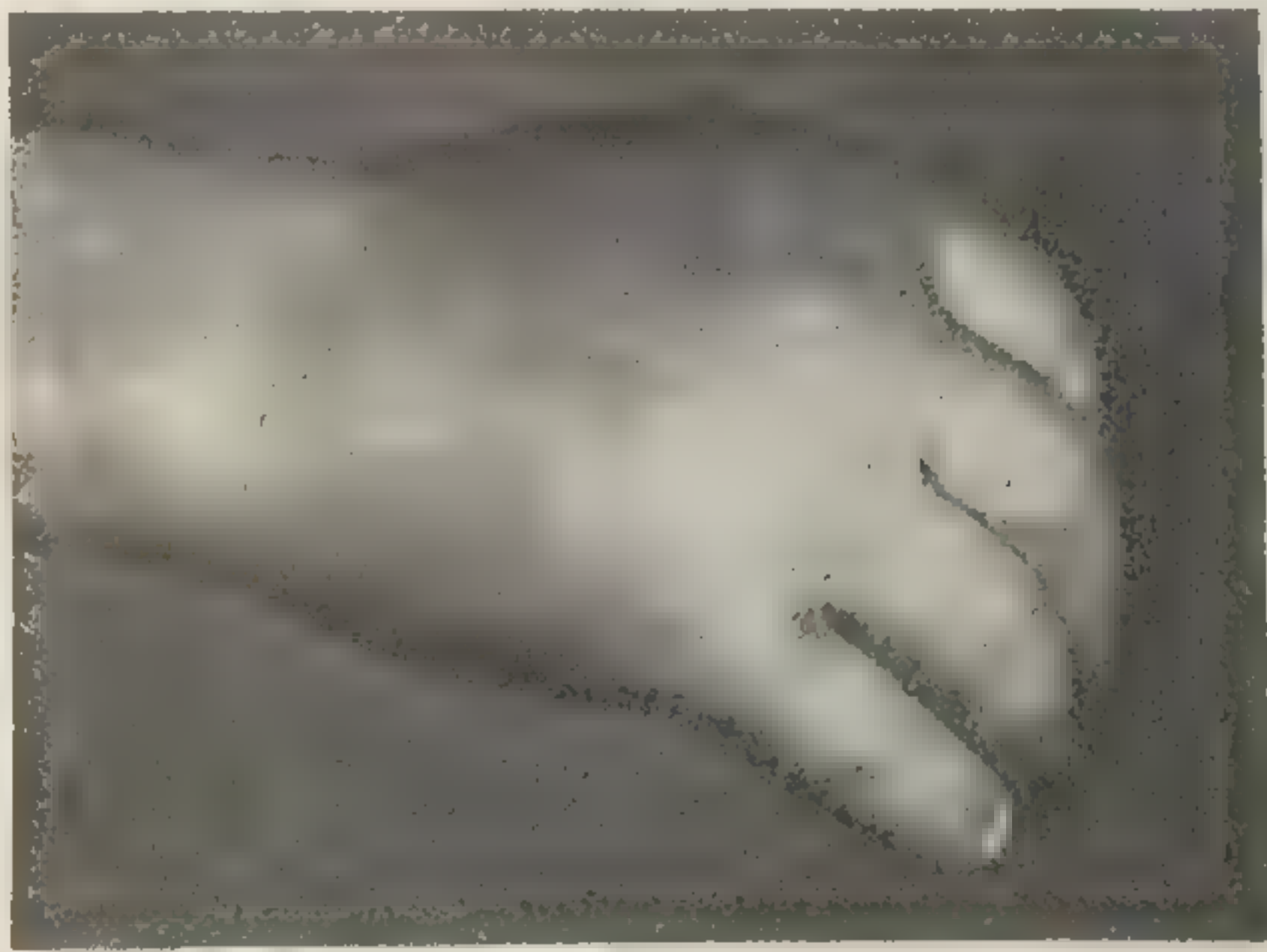


Рис. 47. Искусственный отек тыла кисти.

Диагностика в ряде случаев может представить значительные затруднения, так как предъясняется уже отек или припухлость значительной давности. Эти затруднения осложняются еще и тем, что в практике могут быть и неискusstvenные травматические отеки и припухлости, обусловленные особенностями некоторых профессий. Такие отеки и припухлости возникают при воспалении сухожильных влагалищ, суставов, околосус-

тавных сумок ■ связи с вывихом, а также хроническим воспалением костей и суставов туберкулезного характера.

Что же касается отеков, вызванных не поколачиванием, а перетяжкой конечностей, то здесь диагностика искусственного происхождения облегчается тем, что при осмотре обнаруживаются резкая граница отека и след перетяжки на границе измененных и интактных тканей. Кожа на пораженной части конечности над перетяжкой может быть легко захвачена пальцами и собрана ■ складки. При двусторонних отеках необходимо исследовать мочу. Нужно помнить также об отеках конечностей, обусловленных тромбофлебитом.

В области искусственных отеков иногда можно обнаружить различной давности кровоизлияния и ссадины. Последовательное исключение различных причин, могущих вызвать появление местного отека, сопоставление анамнестических данных, объяснения свидетельствуемого с объективными данными позволяют установить искусственный характер изменений.

Искусственные «опухолки» известны очень давно и описаны подробно ■ литературе. Они вызываются введением под кожу различных веществ, индифферентных по своему химическому характеру и трудно растворимых: вазелинового, машинного, растительных масел и др. Наибольшую известность в этом отношении получил парафин. Для введения под кожу



Рис. 48. Парафинома тыла стопы.

применялся, например, парафин с низкой точкой плавления ($42-60^{\circ}$). Расплавленный парафин вводят подогретым шприцем и иглой. Количество парафина при введении колебалось от нескольких граммов, образующих небольшие узелки, до нескольких сотен граммов. Описаны парафиномы в несколько килограммов. Эти вещества при введении под кожу образуют ограниченные или без резких границ припухлости. Такие «опухолки» известны под названием «парафином» (рис. 48), «вазелином». Они очень стойки, очень медленно подвергаются рассасыванию, а следовательно, и уменьшению в объеме и могут сохраняться ■ течение многих лет. Искусственные «опухолки» могут симулировать различные заболевания, ■ зависимости от их объема, локализации, присоединившихся осложнений и особенностей течения. Таким образом, они могут вводить в заблуждение и опытных врачей. Локализация искусственных «опухолей» самая разнообразная, но преимущественно на левой половине тела, т. е. там, где введение вещества доступно собственной руке субъекта. Однако описаны опухоли и в других областях тела, в том числе на спине, ягодицах, ■ области нижней челюсти, в области мошонки. Такая локализация опухолей свидетельствует о том, что образование ее связано с привлечением другого лица. Такое лицо иногда способствовало вызыванию опухолей нескольким лицам.

разом, они могут вводить в заблуждение и опытных врачей. Локализация искусственных «опухолей» самая разнообразная, но преимущественно на левой половине тела, т. е. там, где введение вещества доступно собственной руке субъекта. Однако описаны опухоли и в других областях тела, в том числе на спине, ягодицах, ■ области нижней челюсти, в области мошонки. Такая локализация опухолей свидетельствует о том, что образование ее связано с привлечением другого лица. Такое лицо иногда способствовало вызыванию опухолей нескольким лицам.

Парафиномы
являют собой огр
области опухо
явление хронич
выводятся свищ
спаяны с ней. Р
ления, нагноени
или язв. Поэт
другие заболева
Опухоли, не

ниях, могут быть
ственные опухо
положенные в т
фицирующий м
за туберкулез
в области ше
множественные
рит, единичные
изведение «опу
стазами. Для э
ка и в область

Искусствен
лет после введе
раженную слоно
ния парафина.

Введенный п
сплошной масс
В дальнейшем м
сасывается. Дл
ема введенного
до 3—4 лет. В
гистологическая
кроскопическом
окружающая ва
тина парафином
вую и может г
ная «опухоль» у
но не дают ка
стройств.

Диагностика
тельные труднос
холи» обычно во
связи с неправд
холи». Иногда п
ких больных с «
вать на наличие

Клиническое
нии и внешнего

исследуемую опу

Искусственные

форму от давлен

же является хоро

на пункция опу

жденное судебно

куственное прои

Парафиномы могут протекать без всяких осложнений; они представляют собой ограниченные узлы различной величины и формы. Кожа в области опухоли может быть совершенно не изменена и представляет явление хронического воспаления. Иногда в области опухоли может развиваться свищ. Узлы опухоли обычно не связаны с кожей, иногда же спаяны с ней. Наблюдаются осложнения в виде перифокального воспаления, нагноения с распадом окружающей ткани и образование свищей или язв. Поэтому искусственные опухоли могут иногда симулировать и другие заболевания, например туберкулез, актиномикоз.

Опухоли, не имеющие воспалительной реакции в окружающих тканях, могут быть приняты за обычные доброкачественные или злокачественные опухоли: фибромы, остеомы, хондромы, саркомы. Опухоли, расположенные в толще мышц, принимали за липомы, лимфангиомы, оссифицирующий миозит, склеродермию; искусственные опухоли мошонки — за туберкулез яичка, орхит, эпидидимит; нагноившиеся парафиномы в области шеи или паховых желез — за туберкулезный лимфаденит; множественные опухоли в области суставов — за деформирующий артрит, единичные — за гонорейный артрит. Описано искусственное воспроизведение «опухолей» желудка с целью симуляции рака желудка с метастазами. Для этой цели был введен парафин под кожу в область желудка в область левых надпочечных желез.

Искусственные «опухоли» могут давать осложнения и спустя много лет после введения парафина. Архибаев и Редков (1929) наблюдали выраженную слоновость правой ноги и язв голени через 15 лет после введения парафина.

Введенный под кожу парафин некоторое время сохраняется в виде сплошной массы, вызывая перифокальную воспалительную реакцию. В дальнейшем масса парафина прорастает грануляционной тканью и рассасывается. Длительность рассасывания различна в зависимости от объема введенного парафина и может продолжаться от нескольких месяцев до 3—4 лет. В разные периоды рассасывания наблюдается различная гистологическая картина. В более поздних стадиях рассасывания при микроскопическом исследовании обнаруживается грануляционная ткань, окружающая вакуоли с группами гигантских клеток. Это типичная картина парафиномы. Затем грануляционная ткань превращается в рубцовую и может гиалинизироваться. С течением времени искусственная «опухоль» уменьшается в объеме и неосложненные опухоли обычно не дают каких-либо болезненных ощущений и двигательных расстройств.

Диагностика искусственных «опухолей» нередко представляет значительные трудности. Подозрение об искусственном происхождении «опухоли» обычно возникает у врача или судебно-медицинского эксперта в связи с неправдоподобными объяснениями причин возникновения «опухоли». Иногда правильной диагностике способствует появление нескольких больных с «опухолями» одинаковой локализации. Это может указывать на наличие лица, занимающегося вызыванием таких «опухолей».

Клиническое наблюдение вследствие атипизма течения, локализации и внешнего вида таких опухолей также часто не позволяет отнести исследуемую опухоль к какому-либо определенному типу.

Искусственные опухоли недавнего происхождения изменяют свою форму от давления пальцем и применения тепла (грелок, ванн), что также является хорошим диагностическим признаком. Может быть применена пункция опухоли, биопсия. Гистологическое исследование, подтвержденное судебно-химическим исследованием, позволяет установить искусственное происхождение опухоли и характер введенного вещества (па-

рафина, вазелина). Нужно только иметь в виду, что микроскопическая картина будет одинаковой при олеогранулемах искусственного происхождения и при других, например при олеогранулемах после введения камфарного масла. Олеогранулемы искусственного происхождения могут развиваться также после травмы в связи с некрозом жировой клетчатки, эмболией, после инфекционных заболеваний (сыпной тиф) и др. Однако они бывают незначительных размеров.

Умышленное воспроизведение рубца. Это может воспроизводиться разрезами кожи в местах, типичных для некоторых операций, например аппендэктомии, лапаротомии, и выдаваться за рубцы после бывшей операции, хотя операция и не производилась. В таких искусственных рубцах иногда дополнительно вызываются и поддерживаются процессы нагноения. При этом ссылаются на осложнения после операции.

Умышленное растравливание рубцов. Рубцы искусственные различного происхождения могут подвергаться в результате различных манипуляций вторичному воспалению или даже изъязвлению вследствие раздражения трением, ушибами, смазыванием едкими раздражающими веществами. После изъязвления рубцы раздражают различными способами, что препятствует заживлению. Можно это проделывать и под повязкой.

Описаны и разрезы различного рода с последующим сращением отдельных участков тела, например пальцев, для образования контрактуры, сращения, заращения, например наружного слухового прохода и др.

Искусственные болезни подкожных сосудов (вен). Из искусственных заболеваний подкожных сосудов описаны варикозные расширения вен и тромбофлебит.

Варикозное расширение вен легко вызывается у лиц, предрасположенных к этому заболеванию, перетягиванием конечности или длительным бинтованием, теплыми или горячими ваннами. Этими манипуляциями вызывают расширение вен и застой, чем обычно усугубляется уже имеющееся заболевание. Описаны и другие способы.

Тромбофлебит вызывали наложением сулемовых компрессов, что имело последствием воспаление стенок подкожных вен с образованием тромбов. При исследовании сосуды представляются неровными, с четко обозначенными плотными утолщениями. Сулема вызывает не только тромбофлебит, но и выраженный дерматит. При неоднократном применении сулемы могут наблюдаться явления отравления с гингивитом и стоматитом.

Искусственная подкожная эмфизема вызывается введением под кожу или слизистые оболочки воздуха, вследствие чего возникает ограниченная или распространенная припухлость. Воздух вводят шприцем или через прокол кожи с последующим вдуванием воздуха через соломинку, птичье перо и т. п.

Локализацию искусственной эмфиземы наблюдали в различных местах: на груди, в области передней поверхности шеи (для симуляции зоба), в области паха и мошонки (для симуляции грыжи), в области коленного сустава (для симуляции воспаления коленного сустава), чаще же всего — на лице. На лице искусственную эмфизему вызывали таким образом: из полости рта прокалывали слизистую оболочку щек на уровне коренных зубов. Затем при закрытых отверстиях носа и рта надуванием добивались вхождения воздуха через прокол слизистой в глубжележащие ткани, откуда воздух проникал в подкожную клетчатку лица. Лицо увеличивалось в объеме, припухали щеки, веки и последние прикрывали глаза. Кожа становилась гладкой, бледной, лоснящейся. Через 2—4 дня воздух рассасывался и эмфизема исчезала.

Поэтому субъект
эмфиземе.
Искусствен
Нередко возник
Могут возник
ходом.

Свидетельств
мых, перенесен
труднений не в
объективных да
жи, нормально
реть полость рта
ки, следы от уку
ранки в местах
обходимо помн
вреждениях ко
ребер и от дру

Искусств
субъектами, тя
рушителей. Об
стопы. Однако
кистях, в обла

Язвы могут
ными, в виде я
к коже едких
глубжележащих
сусной кислота
порошками мно
средственно на

Возможно та
коже горячих и
зование язв при
золы в тряпке п
ют. Образуется
рый затем отпад
зовавшуюся язв
ми веществами.

Помимо несо
рые представля
ной картиной м
имеет довольно
ную овальную ф
ное происхожде

Искусств
спаление суста
тавы, окружающ

Воспаление с
ных раздражаю
гда жидкость ве
ление и последу
(около недели)
зывания застоя

гда симулирующ
При искусств
ся свищи, что е

Поэтому субъект повторно совершал те же действия и поддерживал эмфизему.

Искусственная эмфизема может симулировать рожистое воспаление. Нередко возникают и осложнения в связи с проникновением инфекции. Могут возникнуть флегмона и тяжелые осложнения со смертельным исходом.

Свидетельствуемый объясняет появление эмфиземы от укусов насекомых, перенесенной ангиной, травмой и т. д. Распознавание особых затруднений не вызывает вследствие несоответствия анамнестических и объективных данных: внезапного возникновения, нормальной окраски кожи, нормальной температуры. При эмфиземе лица необходимо осмотреть полость рта, где можно обнаружить на слизистой щек точечные ранки, следы от укусов. Крепитация под кожей при ощупывании и точечные ранки в местах проколов позволяют поставить правильный диагноз. Необходимо помнить, что подкожная эмфизема может возникать при повреждениях костей лицевого скелета, слизистой носа, при повреждениях ребер и от других причин.

Искусственные язвы вызываются обычно истеричными субъектами, тяжелыми психопатами, а также наблюдаются у правонарушителей. Обычная локализация язв — передняя поверхность голени, стопы. Однако они могут быть и на других частях тела: на предплечьях, кистях, в области половых органов.

Язвы могут быть одиночными, что наблюдается чаще, и множественными, в виде язвенного дерматита. Язвы вызываются прикладыванием к коже едких раздражающих веществ, вызывающих некрозы кожи и глубже лежащих тканей. Известно вызывание язв соляной, серной, уксусной кислотами, сулемой, цинком, купоросом, креозотом, соками и порошками многих растений и др. Раздражающие вещества или непосредственно наносят на кожу, или кожу предварительно повреждают.

Возможно также образование искусственных язв прикладыванием к коже горячих или раскаленных металлических предметов. Описано образование язв прикладыванием к коже мокрой древесной золы. Кашицу из золы и тряпке прикладывают к коже на несколько часов и затем снимают. Образуется глубокий некроз кожи и глубже лежащих тканей, который затем отпадает, оставляя очень медленно заживающую язву. Образовавшуюся язву поддерживают постоянным раздражением химическими веществами.

Помимо несоответствия обнаруженных изменений объяснениям, которые представляет свидетельствуемый, диагностика облегчается необычной картиной морфологических изменений. Так, например, язва нередко имеет довольно необычную форму, например четырехугольную, правильную овальную форму и другие особенности, указывающие на искусственное происхождение язвы.

Искусственные заболевания суставов. Встречаются воспаление суставов, ограничение их подвижности, введение воздуха в суставы, окружающие их ткани и др.

Воспаление суставов вызывается введением в полость сустава различных раздражающих жидкостей: керосина, бензина, скипидара и др. Иногда жидкость вводят в окружающие сустав ткани, что вызывает воспаление и последующий анкилоз. Иногда это сочетают с продолжительным (около недели) бинтованием сустава или вышележащей области для вызывания застоя в области сустава. Возникает разлитая припухлость, иногда симулирующая туберкулез сустава.

При искусственно вызванном воспалении сустава могут образоваться свищи, что еще более усугубляет сходство с туберкулезным пораже-

нием. Известно наблюдение введения в полость сустава стерильного физиологического раствора, который до его рассасывания симулировал выпот в сустав.

Ограничение подвижности в суставе, контрактуры, вызывается различными способами. Искусственная контрактура сустава может развиваться в результате продолжительного бездействия сустава в течение длительного времени. Вначале это носит характер симуляции, когда субъект заявляет, что он не может производить движения в суставе, а в дальнейшем возникают стойкие изменения: контрактура, атрофия конечности, иногда, в особо упорных случаях, укорочение конечности. Такие изменения обычно вызываются в локтевом и коленном суставах. Локтевой сустав при этом сгибается обычно под прямым углом, а коленный фиксируется в разогнутом состоянии, так как это удобнее субъекту при симуляции неподвижности или болезненности нижней конечности. Иногда это сопровождается вынужденным длительным пребыванием в постели.

Для получения контрактуры вызывают сначала воспаление или изъязвление ткани в области сустава на соприкасающихся при сгибании поверхностях, а затем конечность сгибается в согнутом положении изъязвленные или воспаленные участки зарубцовываются. Возникший рубец в той или иной степени ограничивает подвижность сустава.

Диагностика искусственных заболеваний сустава основывается прежде всего на исключении тех заболеваний, которые обычно могут давать поражения суставов (ревматизм, туберкулез, сифилис и др.). Большое значение имеют анамнестические данные, в частности неправдоподобные объяснения исследуемого относительно причины и давности заболевания. В свежих случаях пункцией сустава могут быть добыты и обнаружены последующим химическим исследованием введенные вещества. На коже в области сустава иногда находят точечные рубцы от инъекций и язв.

Отсутствие определенных этиологических факторов, атипизм течения заболевания, не укладывающийся в рамки известных болезненных форм, рентгенологическая картина дают возможность без особого труда распознать искусственное происхождение заболевания.

Искусственное выпадение прямой кишки встречается редко. Однако в практике экспертизы трудоспособности может встретиться искусственное выпадение прямой кишки, выдаваемое за последствие тяжелого физического напряжения или производственной травмы.

Выпадения прямой кишки добиваются тем, что вводят в кишку инородные предметы, которые затем быстрым подтягиванием за привязанный шнурок, бинт извлекают, выворачивая при этом стенку кишки. Вводят, например, мешочек с сухим горохом, губку, тампон на несколько часов или сутки в прямую кишку, где эти предметы набухают, стенка кишки при этом плотно охватывает введенные предметы, затем их с силой быстро извлекают, при этом выворачивается и стенка прямой кишки. Повторяя подобную операцию несколько раз, добиваются выпадения прямой кишки. Выпадение обычно ограничивается слизистой кишки и редко бывает стойким. Длительные запоры, горячие ванны могут поддерживать выпадение прямой кишки.

Приемы, применяемые для выпадения прямой кишки, сопровождаются большей или меньшей травматизацией ткани. Поэтому при осмотре, особенно в свежих случаях, в окружности заднего прохода на слизистой прямой кишки могут быть обнаружены эрозии, кровоизлияния, а иногда частички тампона, вводившегося в прямую кишку. Вообще заболевание встречается не так уже часто и нужно иметь в виду ее обычную этиологию, а способствующим фактором может быть физическое напряжение или травма.

Искус
го тракт
шечного тра
рые пытают
приемом ра
других сла
рию, вызыва
Диагности
причине, что
вания, а отн
зентерией. Д
лабораторны
Требуется т
сторонних ве
(пурген, иза
дованием.

Искус
образом для т
ствии выдает
или как рез
ются жалобы
вотечений.

Последние
ким-нибудь пр
вызывается ил
но легко повт
ных к носовым

Диагностика
полостей носа,
оболочки. Неот
стыми носовым
лезнь, заболева

Если возник
дования в ста
тельных повяз
или фольги. Об
вает на искусст
также делать и
действительно

При примен
живление слизи

Искусств
полости рта как
веществом, кото
за заболевания
дятся встречать
торые субъект
вреждение. Кро
заболевания, св
водящими к вы
Самостоятельно
предъявляются

Такие повре
рта обычно рас

Искусственные заболевания желудочно-кишечного тракта. Из искусственных заболеваний в области желудочно-кишечного тракта можно отметить искусственно вызванные колиты, которые пытаются выдавать за дизентерию, энтериты. Добиваются этого приемом различных средств: пургена, изафенина, английской соли и других слабительных. Тяжелые заболевания, напоминающие дизентерию, вызывались приемом пилюль из мыла.

Диагностика в некоторых случаях представляет затруднения по той причине, что врач не подозревает искусственного происхождения заболевания, а относится к такому субъекту, как к действительно больному дизентерией. Детальное обследование больного, анамнестические данные, лабораторные исследования позволяют распознать искусственный колит. Требуется тщательное наблюдение за больным, исключающее прием посторонних веществ. В некоторых случаях характер принимаемых веществ (пурген, изафенин) может быть установлен судебно-химическим исследованием.

Искусственные заболевания носа вызываются главным образом для того, чтобы получить носовое кровотечение, которое впоследствии выдается за результат повреждения, нанесенного другим лицом, или как результат производственной травмы. При этом предъявляются жалобы на общую слабость, малокровие вследствие частых кровотечений.

Последние вызываются повреждением слизистой оболочки носа каким-нибудь предметом, уколom иглой, ногтем. Повторное кровотечение вызывается или теми же способами, или усиленным сморканием. Особенно легко повторные кровотечения вызываются у лиц, предрасположенных к носовым кровотечениям.

Диагностика повреждения носа основывается на тщательном осмотре полостей носа, обнаружении повреждения или изъязвления слизистой оболочки. Необходимо исключить заболевания, сопровождающиеся частыми носовыми кровотечениями (атеросклероз, гипертоническую болезнь, заболевание почек, болезни крови и др.).

Если возникает необходимость поместить такого субъекта для обследования в стационар, то можно рекомендовать применение предохранительных повязок, в которые незаметно вкладывают листочки вощанки или фольги. Обнаружение следов прокола на фольге или вощанке указывает на искусственное вызывание повреждений слизистой. Рекомендуются также делать исследование крови, позволяющее определить, имеется ли действительно большая потеря крови или нет.

При применении предохранительных повязок наступают быстрое заживление слизистой и прекращение кровотечения, что также подтверждает искусственное происхождение кровотечений.

Искусственные болезни рта. Встречаются повреждения в полости рта каким-либо механическим предметом или ожог химическим веществом, которые выдаются либо за профессиональную травму, либо за заболевания различного рода. Однако нужно иметь в виду, что приходится встречаться с повреждениями зубов, возникающими случайно, которые субъект пытается выдавать за нанесенное ему умышленное повреждение. Кроме того, иногда за умышленное повреждение выдаются заболевания, связанные с резкими патологическими изменениями, приводящими к выпадению зубов (например, при альвеолярной пиорее). Самостоятельно выпавшие зубы вследствие этого заболевания иногда предъявляются как выбитые.

Такие повреждения и искусственно вызванные поражения в полости рта обычно распознаются без особого труда.

Слизистая оболочка полости рта, особенно в области щек, прокалывается так же, как было указано выше, для вызывания искусственной эмфиземы.

Искусственные болезни органа зрения. Глаз также бывает объектом искусственного заболевания. Быстрая реакция даже на незначительное раздражение и возникающие изменения объективно указывают на заболевание: светобоязнь, слезотечение, гнойное отделяемое, резкие воспалительные изменения и др. Такие изменения позволяют врачу легко установить наличие заболевания, а если врач не имеет в виду возможность искусственного заболевания, то это и создает ошибки в диагностике.

Искусственные болезни глаз вызываются применением механических или химических раздражителей. Обычно поражается один, чаще всего правый, глаз, реже — левый или оба глаза. Тяжесть поражения сама по себе не исключает искусственного заболевания, так как в итальянской литературе, например, описаны наблюдения искусственных заболеваний глаз, закончившихся стойкой слепотой на один или оба глаза.

Искусственные блефариты возникают от смазывания краев век раздражающими веществами. Описаны наблюдения предварительного выдергивания ресниц с последующим прижиганием краев век, что дает клиническую картину тяжелого блефарита и блефароконъюнктивита, так как воспаление распространяется обычно и на конъюнктиву.

Искусственные конъюнктивиты неспецифические вызываются введением в конъюнктивальный мешок раздражающих веществ, действующих либо механически, либо химически. Описано применение для этой цели табачного сока, золы, песка, мелко настриженных волос, опилок, перца, щелочей и кислот, семян клещевины и др. Специфические конъюнктивиты могут быть вызваны введением в конъюнктивальный мешок инфекционного начала, выделяемого от больных. Описаны были искусственные гонорейные конъюнктивиты.

Для диагностики имеют значение анамнестические данные, позволяющие заподозрить искусственное происхождение конъюнктивита. Поражение при этом локализуется, как правило, на конъюнктиве нижнего века в переходной складке и в конъюнктиве нижней половины глазного яблока. Границы поражения располагаются обычно по горизонтальному меридиану глазного яблока. Верхнее веко при этом остается или нетронутым, или изменения выражены значительно слабее.

От едких прижигающих веществ остаются ограниченные некрозы на конъюнктиве нижнего века в виде пленок, струпов. Иногда им соответствуют некрозы симметричных участков глазного яблока.

Искусственные конъюнктивиты обычно бывают односторонними. Характерным является резкая ограниченность некротических фокусов и воспалительной зоны вокруг них.

При искусственных конъюнктивитах отек века развивается после появления пленок и струпа, тогда как при обычных конъюнктивитах отек предшествует этим изменениям. Отсутствуют также и патогенные микроорганизмы при бактериологическом исследовании отделяемого. Большое значение имеет микроскопическое исследование содержимого конъюнктивального мешка, в котором можно обнаружить частички инородных веществ, а также химическое исследование отделяемого, пленок, которые позволяют установить, какое вещество применялось для раздражения. Так, например, может быть установлено присутствие серебра при прижигании века ляписом, меди — при применении медного купороса, железа — при применении железного купороса, ртути — при применении сулемы и т. д.

Искусственные
как давали после
говны и даже сле
ственного повреж
конъюнктивита.
Непосредствен
ми средствами и хи
ицистам повреж
шом.

Нужно иметь в
нужь случайно и к
ствах.

Искусственные
Эти искусственные
описаны в основно

Диагностика ис
ного специального
тальмологом. Нео
ференциальный ди
имевшееся ранее
улучшении старе

В ряде случаев
ном учреждении. И
Наблюдение в леч
матическим. При
требуется исключ
раздражающих ве
матическое его на

Искусстве
Многие вещества
почки и вызывать
относятся: шпанск
жевелиника и др.

вызвать альбумин
Циститы искус
и специфические.

мочевой пузырь р
дения геморрагиче
с лимонным соком

Уретриты искус
венерической болез
тел, раздражающ

лочки продвигают
до полного раство
го гнойного уретр
дней. Повторное в

Кроме мыла, могут
Бактериологиче
специфическую эт

титры негонорейно
да требуются спец
Описаны в литерат

Из других искус
ственные язвы в

Искусственные кератиты встречались реже, чем конъюнктивиты, так как давали после себя более стойкие осложнения в виде помутнения роговицы и даже слепоты. Искусственные кератиты возникали от непосредственного повреждения роговицы или как осложнение искусственного конъюнктивита.

Непосредственно поражение вызывалось механическими, термическими средствами и химическими веществами. Особенно были известны специалистам повреждения роговицы, вызывавшиеся анилиновым карандашом.

Нужно иметь в виду также, что повреждение роговицы может возникнуть случайно и как профессиональная травма на некоторых производствах.

Искусственные катаракты известны травматические и токсические. Эти искусственные заболевания встречались исключительно редко; они описаны в основном в литературе и практического значения не имеют.

Диагностика искусственных болезней органов зрения требует детального специального исследования, свидетельствуемого специалистом-офтальмологом. Необходимо в каждом случае производить подробный дифференциальный диагноз. Искусственные болезни могут наслаиваться на имевшееся ранее заболевание, когда такой субъект при намечающемся улучшении старается поддержать бывшее у него заболевание.

В ряде случаев необходимо наблюдение свидетельствуемого в лечебном учреждении. Иногда требуются предохранительные повязки на глаза. Наблюдение в лечебном учреждении должно быть постоянным и систематическим. При возникновении подозрения на искусственную болезнь требуется исключить возможность для свидетельствуемого получения раздражающих веществ для повторных введений в глаза, а также систематическое его наблюдение и периодический тщательный осмотр.

Искусственные заболевания мочеполовой системы. Многие вещества при приеме внутрь обладают способностью раздражать почки и вызывать появление белка и крови в моче. К таким веществам относятся: шпанская мушка, скипидар, копайский бальзам, ягоды можжевельника и др. Сравнительно небольшие дозы этих веществ могут вызвать альбуминурию, гематурию и даже токсический нефрит.

Циститы искусственного происхождения известны неспецифические и специфические. Неспецифические циститы вызывались введением в мочевой пузырь раздражающих веществ. В частности, описаны наблюдения геморрагического цистита от введения в мочевой пузырь хинина с лимонным соком.

Уретриты искусственного происхождения вызывались для симуляции венерической болезни введением в мочеиспускательный канал инородных тел, раздражающих веществ, например мыла. Кусочек мыла в виде палочки продвигают в глубь мочеиспускательного канала и оставляют там до полного растворения. В ближайшие часы развивается картина острого гнойного уретрита. Раздражение сохраняется в течение нескольких дней. Повторное введение мыла поддерживает воспалительный процесс. Кроме мыла, могут вводить и другие раздражающие вещества.

Бактериологическое исследование выделений позволяет исключить специфическую этиологию уретрита. Известны неспецифические уретриты негонорейного происхождения. Для правильной диагностики иногда требуются специальное исследование и стационарное наблюдение. Описаны в литературе случаи умышленного самозаражения гонореей при половом сношении с заведомо больной женщиной.

Из других искусственных болезней половых органов известны искусственные язвы в области половых органов, вызываемые различными

веществами и выдаваемые за венерические заболевания. С такими искусственными заболеваниями можно иногда встретиться при ложном обвинении в заражении венерической болезнью.

Искусственное похудание может наблюдаться у заключенных, добивающихся различных льгот, у лиц, пытающихся по различным мотивам представить себя больным тяжелым, истощающим заболеванием, а также у истериков, психопатов. Искусственное похудание может быть вызвано прежде всего ограничением пищи. Иногда в дополнение к этому прибегают к вызыванию частой рвоты или систематическому приему слабительных средств, а также каких-либо токсических веществ (уксуса, мышьяка и др.).

Истощение может быть связано также с соответствующим образом жизни — физическим переутомлением, половыми излишествами, бессонницей. Так как похудание само по себе не является самостоятельным заболеванием, то для выяснения причины истощения требуется всестороннее обследование субъекта в лечебном учреждении, которое позволит исключить тяжелое хроническое заболевание, покажет, какое влияние оказывают соответствующее лечение, питание, режим.

Следует иметь в виду возможность психического заболевания такого субъекта и, следовательно, необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Притворные болезни

В судебно-медицинской практике с притворными болезнями (симуляцией болезней) приходится встречаться сравнительно не часто. Главным образом симуляция болезней наблюдается в практике работы комиссий по определению степени утраты трудоспособности. Экспертизу по поводу подозрения в притворных болезнях иногда приходится производить и в случаях подозрения в уклонении от обязанностей военной службы. Как по отношению к притворным болезням, аггравации, так и по отношению к искусственным болезням и самоповреждениям всегда нужно иметь в виду особенности психического состояния субъекта.

Дело в том, что искусственные и особенно притворные болезни нередко могут иметь место у лиц психически неустойчивых, эмоционально-возбудимых, истериков, тяжелых психопатов. Если уже при опросе, выяснении анамнестических данных у судебно-медицинского эксперта возникает сомнение относительно психической неустойчивости субъекта, то эксперт должен предусмотреть и возможность симуляции. Вместе с тем упорная симуляция болезни должна заставить судебно-медицинского эксперта подумать о возможности психического заболевания или тяжелой психопатии. Упорные симулянты обычно, но не всегда, оказываются тяжелыми психопатами или страдающими душевной болезнью.

Симуляция болезни может в одних случаях совершаться сознательно, с целью извлечения выгоды, в других случаях симуляция может быть лишь одним из симптомов проявления основного заболевания субъекта. Поэтому необходимо различать симуляцию умышленную сознательную, совершаемую с определенной целью, и симуляцию на почве основного заболевания, симуляцию патологическую. Последняя наблюдается у больного человека в силу болезни.

Установление характера симуляции имеет чрезвычайно важное значение. При умышленной, злостной симуляции субъект вступает в конфликт с законом, несет полную ответственность за свои действия, привлекается к уголовной ответственности.

Очень трудно
ду симуляцией б
ниями и психоген
психогенные, реа
дельных симптомов
заболевания мо
ная связь имеется

Во время войн
рых провоцирую
чило в свое время
но неполноценны
возникали различ
немоты, заикания
и др., в основе н
ствующем лечени
тельно, глухонем
не находили ана
ными, и потому
симулянтов. Пра
чебные мероп
стройства. Непр
гут вызвать зак
к инвалидности.

При истерии,
тических расстр
расстройства чу
рвота, упорная
тов, а предъявля
циональные расс
ческих субъектов
какой-либо выго
неблагоприятной
болезнь.

Такие характ
творные болезни
ту, и в соответст
Нужно, следо
творные болезни
цели извлечения
не всегда ответс
ми формами ве
экспертизы пред
ностей.

При установл
чаях должен рек
изводство и суде
Симуляция з
только отдельные
современные ме
ниях, обладающ
ляют установить
болезни. Возмо
таковы, что люб
Будет рассмо
встречающаяся

Очень трудно, а иногда и невозможно провести четкую границу между симуляцией болезни и некоторыми нервно-психическими заболеваниями и психогенными состояниями. Некоторые душевные заболевания, психогенные, реактивные состояния сопровождаются симуляцией отдельных симптомов заболеваний. Вместе с тем некоторые душевные заболевания могут производить впечатление симуляции. Особенно тесная связь имеется между симуляцией и истерией.

Во время войны стали известны психогенные заболевания, при которых провоцирующим моментом является травма; это заболевание получило в свое время даже название истеротравматизма. У конституционально неполноценных, истерических субъектов в связи с травмой, контузией возникали различного рода функциональные расстройства в виде глухонмоты, заикания, дрожаний, параплегии, амавроза, спазма пищевода и др., в основе которых лежали психогенные механизмы. При соответствующем лечении эти расстройства проходили. У таких лиц, следовательно, глухонмота, амавроз и др. при соответствующем обследовании не находили анатомических оснований и являлись чисто функциональными, и потому в некоторых случаях таких субъектов расценивали как симулянтов. Правильный подход к таким лицам и соответствующие лечебные мероприятия позволяют ликвидировать функциональные расстройства. Неправильный же подход к ним, обвинение в симуляции могут вызвать закрепление функциональных расстройств и даже привести к инвалидности.

При истерии, как известно, наблюдается ряд функциональных и соматических расстройств — судорожные припадки, параличи, дрожание, расстройства чувствительности, амавроз, сужение поля зрения, афония, рвота, упорная икота и др. Истерики производят впечатление симулянтов, а предъявляемые ими симптомы — искусственных, деланных. Функциональные расстройства и симуляция болезненных симптомов у истерических субъектов наблюдаются и без непосредственной цели извлечения какой-либо выгоды. Симуляция симптомов болезни может быть вызвана неблагоприятной ситуацией, от которой субъект стремится уйти в болезнь.

Такие характерологические особенности лиц, предъявляющих притворные болезни, должны быть известны судебно-медицинскому эксперту, и в соответствии с этим следует избирать тактику их обследования.

Нужно, следовательно, знать, что среди лиц, предъявляющих притворные болезни, могут быть люди совершенно здоровые, преследующие цели извлечения выгоды, и могут быть люди больные и душевнобольные, не всегда ответственные за свои действия. Между этими двумя крайними формами встречаются и переходные формы. Поэтому подобные экспертизы представляют значительные трудности и имеют ряд особенностей.

При установлении притворной болезни эксперт в необходимых случаях должен рекомендовать представителям органов расследования производство и судебно-психиатрической экспертизы.

Симуляция заболевания как такового невозможна. Симулируются только отдельные симптомы заболевания, а не болезнь в целом. Поэтому современные методы клинических исследований в лечебных учреждениях, обладающих широкими возможностями для диагностики, позволяют установить, имеется ли действительно заболевание или симуляция болезни. Возможности клинических исследований в настоящее время таковы, что любая симуляция болезни будет разоблачена.

Будет рассмотрена симуляция некоторых симптомов заболеваний, встречающаяся иногда в судебно-медицинской практике.

Симуляция лихорадки. Лихорадочное состояние симулируется повышением температуры. Последнюю искусственно повысить нельзя, но можно поднять показания термометра, для чего прибегают к постукиванию по градуснику, натирают его пальцами или о какую-нибудь часть тела. Иногда натирают кожу подмышечной области солью, перцем, спиртом, другими раздражающими веществами, чем вызывают местную гиперемию и повышение температуры на десятые доли градуса и больше. К этому присоединяются обычно жалобы на головные боли, разбитость, мышечные боли и др.

При недостаточно внимательном осмотре, когда врач не предполагает обмана и особенно если это имеет место во время вспышки гриппа, сезонных простудных заболеваний, обманщик может быть принят за больного. Одновременно следует учесть, что упорный субфебрилитет может иметь источником инфекцию, вегетоневроз, эндокринные расстройства и др., когда врач в состоянии выявить причину подъема температуры. Вместе с тем нужно иметь в виду, что иногда и тяжелое инфекционное заболевание, например грипп, может протекать без повышения температуры.

Симуляция кровотечений. Симулируются кровотечения: носовое, легочное, желудочно-кишечное, из половых органов, мочевого пузыря и др. В некоторых случаях кровотечение является только симуляцией, в других — оно связано с самоповреждением.

При симуляции за кровь выдают красящие вещества или к выделениям подмешивают кровь животного или свою собственную. Симуляция кровотечения имеет целью предъявить симптом тяжелого заболевания (туберкулеза легких, язвы желудка), для чего такая симуляция и производится. Кровь не только подмешивают к выделениям, но ею пачкают края естественных отверстий, нательное и постельное белье, которое потом демонстрируют для большей правдоподобности.

Носовое кровотечение вызывается повреждением слизистой оболочки полости носа или же края отверстий носа запачкивают своей кровью или кровью животных.

Такая примитивная симуляция легко распознается. Повреждение слизистой оболочки обнаруживается специальным обследованием полости носа.

Легочное кровотечение симулируется в качестве симптома туберкулеза легких — кровохарканья. Кровь насасывается из десен или предварительно повреждается каким-либо способом слизистая оболочка десен, языка, неба, носоглотки. При повторном напряженном кашле кровь из поврежденной слизистой оболочки выплевывается и выдается за «кровоавую мокроту». В других случаях проглатывают кровь животных или красящее вещество (свекольный сок, кармин, эозин), которое затем со рвотой, при отрыгивании или сильном кашле выделяется с содержимым желудка.

Симуляция может заключаться и в том, что предъявляется мокрота туберкулезного больного вместо своей собственной.

Желудочное и кишечное кровотечение симулируется путем вызывания «кровоавой рвоты». Последняя вызывается иногда приемом натошак поваренной соли с последующим похлопыванием по животу, раздражением задней стенки глотки и другими способами. Известны случаи приема гематогена для последующего обнаружения в каловых массах крови.

Геморроидальное кровотечение симулируют, добавляя свою, чужую кровь, кровь животных, птиц к испражнениям, или вызывают кровотечение повреждением слизистой оболочки прямой кишки.

Кровотечение
вызывают повреждением
Кровотечение
нием в мочевой пузырь
розжиг.

Диагностика симу-

заболеваний, которые
язвы желудка и др. т. е.

При осмотре свидете-

шать и на соответствующ-

уретры), где могут бы-

оболочки, следы крови

Кроме того, правильной

дование выделений. Ос-

жение крови и определ

Воспроизведение р

гих заболеваниях, позн

такого лица.

Рвота довольно ч

вызвать некоторое пох

рое заболевание. Иног

общее состояние субфе

как со рвотой извергае

но). Симулянт также м

Рвота может вызы

манипуляциями (разд

ту и др.). Повторная и

с хорошим питанием по

Помимо подробного

следования рвотных м

сти осмотр личных ве

рвотные средства. Сле

жет быть проявлением

Воспроизведение ж

кожи — объективный с

ляет врача госпитали

диагноза.

В настоящее время

редко. Наблюдения по

емом внутрь акрихина

вания кожных покрово

ными, что и выдавало с

Диагностика искус

клиническом обследова

торых случаях требуе

симуляции, осмотр его

дования, в частности

мочи у обследуемого.

Воспроизведение па

муляция патологии мо

Объясняется это возмо

методами лабораторны

Симуляция может о

анурии или полиурии

мочи (альбинурии, г

Кровотечение из мочеиспускательного канала вызывают повреждением слизистой оболочки уретры.

Кровотечение из мочевого пузыря симулируется введением в мочевой пузырь шприцем или спринцовкой крови, обычно чужеродной.

Диагностика симуляции кровотечений основывается на исключении заболеваний, которые могут дать кровотечение: туберкулеза легких, язвы желудка и др., т. е. требуется детальное клиническое обследование.

При осмотре свидетельствуемого необходимо особое внимание обращать и на соответствующие полости и каналы (носа, рта, прямой кишки, уретры), где могут быть обнаружены свежие повреждения слизистой оболочки, следы крови в складках слизистой и естественных отверстиях. Кроме того, правильной диагностике способствует лабораторное исследование выделений. Особое внимание должно быть обращено на обнаружение крови и определение ее вида.

Воспроизведение рвоты. Рвота наблюдается как симптом при многих заболеваниях, поэтому требуется полное клиническое обследование такого лица.

Рвота довольно часто вызывается искусственно. Этим стараются вызвать некоторое похудание, иногда истощение, или изобразить тяжелое заболевание. Иногда же, несмотря на частую, повторную рвоту, общее состояние субъекта не ухудшается, и питание не нарушается, так как со рвотой извергается только часть пищи (что может быть проверено). Симулянт также может питаться тайком.

Рвота может вызываться приемом рвотных средств и различными манипуляциями (раздражением задней стенки глотки, позывами на рвоту и др.). Повторная и частая рвота без каких-либо причин у субъекта с хорошим питанием подозрительна на вызывание ее искусственно.

Помимо подробного клинического обследования, лабораторного исследования рвотных масс и постоянного наблюдения, следует произвести осмотр личных вещей у исследуемого, где могут быть обнаружены рвотные средства. Следует также иметь в виду, что упорная рвота может быть проявлением истерии.

Воспроизведение желтухи. Желтуха склер, слизистых оболочек и кожи — объективный симптом некоторых заболеваний и обычно заставляет врача госпитализировать больных с желтухой для уточнения диагноза.

В настоящее время воспроизведение желтухи встречается очень редко. Наблюдения показали, что желтуха может воспроизводиться приемом внутрь акрихина. Наблюдались также отдельные случаи окрашивания кожных покровов акрихином. Склеры при этом были не желтушными, что и выдавало симулянта.

Диагностика искусственной желтухи при тщательном стационарном клиническом обследовании особых сложностей не представляет. В некоторых случаях требуется постоянное наблюдение за подозреваемым ■ симуляции, осмотр его личных вещей, необходимы лабораторные исследования, в частности исследование в ультрафиолетовых лучах ногтей, мочи у обследуемого.

Воспроизведение патологии мочеотделения. В настоящее время симуляция патологии мочеотделения встречается сравнительно редко. Объясняется это возможностями клинического исследования и точными методами лабораторных исследований мочи.

Симуляция может относиться к количеству выделяемой мочи в виде анурии или полиурии или же предъявлением патологических свойств мочи (альбинурии, глюкозурии, гематурии).

Симуляция патологии мочеотделения направлена на введение в заблуждение врача, который должен поставить диагноз или предположить наличие у свидетельствуемого тяжелого заболевания (нефрита, диабета и т. д.). Симулянт либо неправильно показывает выделение мочи, либо добавляет к ней какое-нибудь вещество, которое может ввести в заблуждение врача.

Симуляция анурии (прекращение мочеотделения) встречается редко. Свидетельствуемый заявляет о том, что у него прекратилось мочеотделение, однако общее состояние его не дает никаких указаний на это. Вместе с тем симулянты проявляют невероятное упорство и изворотливость даже при самых тщательных наблюдениях: они мочатся тайком, могут очень долго задерживать мочеиспускание. Клиническое наблюдение, исследование крови и мочи в течение нескольких дней позволяют очень легко разоблачить обман. Нужно иметь в виду истерию.

Симуляция полиурии. Полиурия является симптомом несахарного мочеизнурения и встречается редко. Симулируется полиурия усиленным питьем жидкости или подливанием воды к своей моче, приемом мочегонных средств. У таких симулянтов рекомендуется (В. А. Надеждин, 1927) собирать мочу за сутки и, установив число мочеиспусканий, определять средний объем. Наблюдение в течение нескольких дней должно дать одно и то же количество мочи. Свойства мочи, непосредственно полученной от исследуемого, должны быть проверены в разное время и несколько раз. И здесь основой выявления симуляции является детальное клиническое обследование.

Воспроизведение патологических свойств мочи. В условиях больницы возможна подмена исследуемым своей мочи мочой, взятой от заведомо почечных больных. Однако обычно имеет место прибавление к моче различных веществ. В некоторых случаях подобная симуляция проводится очень примитивно — подмешивается, например, толченый кирпич, мука, курительный табак. Подобные приемы легко разоблачаются. Некоторые трудности для разоблачения представляют случаи, когда прибавляются такие вещества, которые действительно воспроизводят патологические примеси в моче (белок, кровь, сахар).

Воспроизведение альбуминурии (присутствия в моче белка) производится добавлением какого-либо белкового вещества (куриного белка, противодифтерийной сыворотки и др.). Это обнаруживается, во-первых, тем, что количество белка бывает чрезмерным, а во-вторых, чужеродный белок может быть обнаружен реакцией преципитации.

Воспроизведение гематурии заключается в том, что к моче прибавляется собственная кровь или чужеродная (кровь животного). Собственную кровь насасывают из десен или же свидетельствуемые наносят себе повреждение — укол иглой в мякоть пальца с последующим выдавливанием нескольких капель крови в мочу, делают небольшие надрезы пальца и др. Гематурия может воспроизводиться также кровотечением из поврежденной слизистой мочеиспускательного канала.

Такая гематурия распознается, во-первых, лабораторным исследованием мочи, во-вторых, обследованием мочевых путей (цитоскопия, уретроскопия).

Воспроизведение глюкозурии производится прибавлением к моче сахара или сахаристых веществ для симуляции диабета. Виноградный сахар, глюкозу, подмешивают редко, чаще прибавляют обычный сахар. Присутствие невинного сахара может быть доказано лабораторными исследованиями. На симуляцию, кроме того, может указывать наличие иногда чрезмерно большого количества сахара в моче. Исследование сахара крови показывает обычное его содержание, что противоречит дан-

ным исследованиям
Симуляция и
эмурез, и различны
которое нередко ве
на таких больных
и практика показ
испытание, симуля
тщательное клиниче
являющих это стра
обходимо специаль
муляции недержани
ном учреждении
ется обширная ли
пертизе.

**Симуляция и во
нов дыхания.** Симу
расстройство дыха
ких. Из расстройст
хание, одышка. Пр
яснить, что с ним
типа дыхания, нап
быстро утомляется

Симуляция каш
катаральном состоя
ляцию возникает у
себя больным, ког
уверен, что за ним

Из других сим
предъявление чужо
ляция туберкулеза
ди ртутной мазью д

**Симуляция и
Симулируются фун
тельности (невроз,
левания сердца син
сосудистых расстр
ным и токсическим
чая; употребление**

кофеина, хинина и
чрезмерной физиче
ствам, алкоголя. П
ная нагрузка и наг
явление одышки. Т
екта возможности п
мя быстро привес
на, вызывает повы
диагностике гиперт
эфедрин и др.) хор
исследования. Пос
на искусственное л

**Симуляция нев
заболеваний нервн
но отдельные сим
14 м. н. Авдеев**

ным исследованием мочи. Современные методы клинических и лабораторных исследований свели на нет симуляцию патологии мочеотделения.

Симуляция недержания мочи. Ночное недержание мочи, энурез, и различные его проявления представляют собой заболевание, которое нередко встречается у детей и редко у взрослых. Прежний взгляд на таких больных как на симулянтов является необоснованным. Опыт и практика показывают, что среди таких субъектов, поступающих на испытание, симулянты представляют исключение. Поэтому необходимо тщательное клиническое обследование и наблюдение субъектов, предъявляющих это страдание, а в случае выявления такого заболевания, необходимо специальное лечение. Обследование лиц, подозреваемых в симуляции недержания мочи, должно производиться в специальном лечебном учреждении специалистами-урологами. В настоящее время имеется обширная литература, посвященная этому страданию и его экспертизе.

Симуляция и воспроизведение отдельных симптомов болезней органов дыхания. Симулируются отдельные симптомы заболеваний легких — расстройство дыхания, кашель, отдельные симптомы туберкулеза легких. Из расстройств дыхания симулируются чаще всего учащенное дыхание, одышка. При этом сам свидетельствуемый не в состоянии объяснить, что с ним происходит. Встречается симуляция и определенного типа дыхания, например дыхание эмфизематика. При этом симулянт быстро утомляется, а во сне дыхание становится нормальным.

Симуляция кашля особых затруднений не вызывает, особенно при катаральном состоянии верхних дыхательных путей. Подозрение на симуляцию возникает уже потому, что симулянт старается усиленно показать себя больным, когда за ним наблюдают, и прекращает кашель, когда уверен, что за ним не наблюдают.

Из других симптомов симулируется кровохарканье (см. выше), предъявление чужой мокроты туберкулезных больных. Известна симуляция туберкулеза легких посредством натирания участков кожи на груди ртутной мазью для появления затемнений при рентгеноскопии.

Симуляция и воспроизведение сердечно-сосудистых заболеваний. Симулируются функциональные расстройства сердечно-сосудистой деятельности (невроз, тахикардия, гипертония), так как органические заболевания сердца симулированы быть не могут. Для симуляции сердечно-сосудистых расстройств обычно прибегают к различным медикаментозным и токсическим средствам (чрезмерное курение папирос, сигар, даже чая; употребление настойки табака, махорки, крепкого чая, кофе; прием кофеина, хинина и других лекарственных средств); иногда прибегают к чрезмерной физической нагрузке: например, к бегу, половым излишествами, алкоголю. Все эти приемы приводят к тому, что незначительная нагрузка и напряжение вызывают учащенное сердцебиение и проявление одышки. Тщательное клиническое наблюдение и лишение субъекта возможности приема каких-либо веществ позволяют в короткое время быстро привести сердечную деятельность в норму. В литературе появились указания, что прием некоторых веществ, в частности эфедрина, вызывает повышение кровяного давления, что приводит к ошибочной диагностике гипертонической болезни. Принимаемые вещества (кофеин, эфедрин и др.) хорошо обнаруживаются в моче при судебно-химическом исследовании. Последнее должно быть обязательным при подозрении на искусственное повышение кровяного давления.

Симуляция невропатологических симптомов. Симуляция отдельных заболеваний нервной системы невозможна, поэтому симулируются обычно отдельные симптомы заболевания или группа симптомов. Детальное

неврологическое обследование позволяет установить симуляцию. Встречается симуляция следующих симптомов.

Симуляция болей. Жалобы на несуществующие болевые ощущения при изображении различных заболеваний предъявляются симулянтами особенно часто: головная боль, мигрень, ишиалгия, невралгии различного характера, боли при радикулите и др.

Болевые ощущения нелегко поддаются объективному исследованию. Особенно трудно объективно доказать отсутствие болей у тех субъектов, которые когда-то перенесли симулируемое ими заболевание, например радикулит, ишиас. Изучив симптоматику болезни и методику обследования, симулянты могут вводить врача в заблуждение. Поэтому возможна ошибочная диагностика. Необходимо полное неврологическое и психиатрическое обследование таких субъектов, которые обычно требуют весьма длительного и квалифицированного наблюдения за ними.

Симуляция параличей, контрактур, дрожания встречается особенно у травматиков. Основные трудности диагностики здесь заключаются в отличии симуляции от истерической реакции.

Параличи и дрожание симулируются редко, контрактуры — несколько чаще. Во избежание ошибок и здесь требуется длительное наблюдение. Необходимо, в частности, исключить возможность рефлекторных контрактур, возникающих в связи с повреждением отдаленных от контрактур участков тела.

Симуляция афонии, немоты и заикания. Расстройство звучной речи, афония, немота и заикание могут симулироваться. Необходимо только иметь в виду, что все эти состояния имеют тесную связь с истерией и очень часто наблюдаются у истериков. Для обследования таких субъектов и выявления действительного заболевания или симуляции требуется наблюдение специалистов.

Симуляция расстройств зрения. Симулируется односторонняя слепота и полная, двусторонняя слепота. Известна симуляция сужения поля зрения, понижения остроты зрения, расстройств цветоощущения, симуляция куриной слепоты.

Симуляция глухоты. Симуляция может выражаться в предъявлении полной или односторонней глухоты. Что касается симуляции понижения слуха, то возможность такой симуляции специалисты исключают. Симуляция глухоты обычно сочетается с симуляцией немоты, т. е. симулируется глухонмота.

Для распознавания симуляции глухоты и глухонмоты рекомендовано много способов. Нередко требуется клиническое наблюдение и обследование субъектов, подозреваемых в симуляции. Обследование их должно производиться только специалистами в лечебном учреждении.

Симуляция воспроизведения гинекологических заболеваний встречаются сравнительно редко и могут наблюдаться иногда у молодых женщин, девушек на почве истерии или же производиться с корыстной целью: получения больничного листа, шантажа, мести и по другим поводам.

Повреждения в области половых органов, в частности нарушение целостности девственной плевы, возникшие при половом акте, могут выдаваться за повреждения, полученные случайно, при падении или при других обстоятельствах.

Встречается симуляция болей, кровотечения, белей, аборта, беременности.

Необходимо иметь в виду следующее: повреждения в области половых органов бывают при половом акте. Нарушения целостности девственной плевы, иногда значительные, с обильным кровотечением, могут потребо-

вать и хирургического вмешательства. Встречаются и разрывы влагалища, связанные с половым актом. В одних случаях пострадавшая желает скрыть происхождение повреждений и объясняет их случайностью, например при занятии спортом, падении и др. В других случаях такие повреждения выдаются за последствия изнасилования.

Установить истинное происхождение повреждений обычно трудно, даже при осмотре свежих повреждений. Повреждения при половом акте и случайные могут носить одинаковый характер. Поэтому имеют значение анамнестические данные и сопоставление объективных данных с объяснениями свидетельствуемой.

Встречается симуляция болей, кровотечения из половых органов, белей. Симуляция болей никаких трудностей не представляет и встречается чаще всего. Боли обычно сопутствуют заболеваниям женской половой сферы, могут быть не адекватны объективным данным. Вместе с тем они могут быть обусловлены истерией, неврозом. Поэтому требуется детальное обследование женщины и выяснение условий и образа жизни, профессии, чем могут быть вызваны боли.

Такие же возможности имеются и для симуляции кровотечения, за которое выдается и предъявляется обычно менструальное кровотечение. Последнее предъявляется как симптом гинекологического заболевания. К этому присоединяются субъективные жалобы на общую слабость, головокружение, головную боль и др.

Симуляция кровотечений возможна в различные возрастные периоды ■ поэтому при освидетельствовании ■ диагностике приходится учитывать сложный комплекс условий. Иногда требуется стационарное обследование для наблюдения и за общим состоянием свидетельствуемой, на чем должны сказываться прежде всего упорные кровотечения.

Примитивная симуляция кровотечения производится иногда опачкиванием наружных половых органов чаще всего чужеродной кровью или предъявлением белья, запачканного такой же или собственной менструальной кровью.

Бели как симптом гинекологического заболевания симулируются редко. Микроскопическое исследование обнаруживает истинный характер выделений.

Симуляция аборта может быть связана с обвинением действительным или ложным в причинении телесных повреждений. За аборт может выдаваться менструальное кровотечение. Исследование выделений и самой женщины позволяет подтвердить или исключить наличие беременности.

Встречается нередко и сокрытие (диссимуляция) бывшего аборта по различным мотивам.

Симуляция ■ диссимуляция беременности будут рассмотрены при изложении экспертизы по поводу беременности, родов, аборта.

Все исследования подозреваемых в притворстве по поводу гинекологических заболеваний должны производиться с участием гинекологов-акушеров и при необходимости ■ специальных стационарных лечебных учреждениях.

Особенности судебно-медицинской экспертизы и диагностики притворных болезней. Обследование субъектов, подозреваемых в притворном заболевании, имеет свои особенности. Диагностика притворных болезней представляет иногда значительные трудности. От эксперта требуется исключительно внимательное отношение и всестороннее клиническое обследование субъекта.

Кроме явных случаев симуляции болезни, выполняемой примитивно и грубо, когда она может быть легко обнаружена, обследование подозреваемого ■ симуляции обычно не следует производить единолично

самому эксперту, а принять меры к комплексному, всестороннему обследованию субъекта в условиях стационарного лечебного учреждения, с участием необходимых специалистов, в частности с участием невропатолога и психиатра.

При обследовании необходимо обращать внимание и на некоторые особенности медицинского и немедицинского характера, комплекс которых заставляет заподозрить симуляцию заболевания и может помочь их выявлению. К таким особенностям относятся:

а) появление одинаковых заболеваний и жалоб у группы лиц, особенно у находящихся вместе, общающихся между собой, например у заключенных, отбывающих наказание;

б) необычное течение болезни. Изобразить полностью картину заболевания, особенно объективные симптомы, невозможно. Для этого симулянт должен быть достаточно знающим и иметь представление о характере заболевания, его симптомах. Поэтому притворная болезнь заключается, собственно говоря, в изображении отдельных, наиболее ярких и понятных симулянту симптомов заболевания. Наряду с этим отсутствуют другие симптомы, обязательные для данного заболевания, но которые изобразить нельзя. Изображаемые симулянтом симптомы к тому же преувеличиваются, искажаются, и поэтому картина заболевания необычна: наряду с наличием отдельных легко изображаемых симптомов отсутствуют обязательные для данного заболевания симптомы;

в) обычно течение болезни при заболевании, не имеющем характерного цикла течения, при продолжительных хронических заболеваниях дает возможность наблюдать периоды улучшения, ремиссии или ухудшения заболевания. При притворной болезни течение заболевания бывает стереотипным, без ремиссий и не поддается никаким лечебным мероприятиям. Обычно при симуляции наблюдается постоянная одинаковая локализация и интенсивность различных болезненных ощущений — невралгии, кишечных, суставных болей и др.;

г) внезапное выздоровление также может указывать на симуляцию болезни. Этому может способствовать изменение условий, благоприятствующих или не благоприятствующих субъекту, симулирующему болезнь. При симуляции длительного хронического заболевания выздоровление может наступить неожиданно, особенно тогда, когда этот человек поймет, что не может больше продолжать обман и будет разоблачен;

д) поведение лица, притворяющегося больным, имеет немаловажное значение для эксперта и может само по себе его изобличать. Очень хорошо известно, что лица, притворяющиеся слепыми или глухими, ведут себя не так, как действительно больные — они всегда «переигрывают», стараются показать, что они действительно «не видят» или «не слышат». Такие субъекты обычно бывают навязчивыми, болтливыми — постоянно говорят о себе, о своих болезнях, стараются обратить на себя внимание, жалуются на «безуспешность» лечения. Жалобы их стереотипны, повторяются в одних выражениях или различным лицам они заявляют разные жалобы. Если такой субъект видит, что его жалобы производят недостаточное впечатление, то он либо преувеличивает их, либо начинает предъявлять новые жалобы, настойчиво убеждая врача в своей болезни. Он всегда старается подтвердить свои жалобы различными справками, удостоверениями о всех своих заболеваниях, принимает соответствующие позы, носит повязки, пластыри, биндажи, — короче говоря, «играет в болезнь».

Характер поведения во многом зависит, конечно, от личности такого субъекта, степени его развития и культурности. Малоразвитые субъекты симулируют грубо и наивно. Интеллектуально развитый субъект

прибегает к более тонким
ше субъективного характера
Всё эти данные эксперту
Основным признаком
недопустимости притворности
заведомому притворному
комитет бесспорно таким
Задача эксперта заклю-
всестороннее клиническое
ляции болезни, с примене-
и с участием необходимых
обследования должно бы-
левания у свидетелей
утвержденное клиническое
лянтов» даже после того
комиссии признавали та-
больного человека. Иногда
та в своих действиях, хо-
были с общежитийской
мались обычной трудовой
предъявление какого-ли-
времени, многих месяцев
субъектами, совершивши
субъектов признавали бо-
обследование их выявлял

Обследование должно
ных и объективного иссле-
о необходимости стационар-
специалистов. Участие не-
обычно является обязатель-
единоличное обследование
вропатолога и психиатра
очень сложными.

К симуляции очень близ-
встречаться значительно
Аггравация представ-
тельно имеющегося забо-
разница заключается в то-
творяется больным — пре-
вания. При аггравации
имеющегося у него забо-
человек, но притворяю-
больной человек, который
симптомы своего заболе-
лобах, чем на самом деле
Аггравация, как и си-
ти и требует выявления
аггравацией, как уже бы-
чаще. Аггравация также
быть неосознаваемой у

прибегает к более тонким уловкам, выпячивает отдельные симптомы, чаще субъективного характера, которые трудно поддаются объективному учету.

Все эти данные эксперт всегда должен иметь в виду.

Основным правилом при экспертизе притворных болезней является недопустимость предвзятого подхода к свидетельствуемому лицу как к заведомому притворщику, хотя бы он и казался при первом же знакомстве бесспорно таким.

Задача эксперта заключается в том, чтобы произвести тщательное всестороннее клиническое обследование лица, подозреваемого в симуляции болезни, с применением всех необходимых методов исследования и с участием необходимых специалистов. Результатом такого детального обследования должно быть установление наличия или отсутствия заболевания у свидетельствуемого. Многолетняя практика показывает, что углубленное клиническое обследование при экспертизе «упорных симулянтов» даже после того, как их неоднократно отдельные врачебные комиссии признавали такими, нередко выявляло на самом деле тяжело больного человека. Иногда это были даже лица, не отдающие себе отчета в своих действиях, хотя до случившегося с ними происшествия они были с общежитической точки зрения «нормальными» людьми и занимались обычной трудовой деятельностью. Вместе с тем известно упорное предъявление какого-либо заболевания в течение продолжительного времени, многих месяцев и совершенно здоровыми во всех отношениях субъектами, совершившими тяжелые уголовные преступления. Таких субъектов признавали больными, и только повторное квалифицированное обследование их выявляло симуляцию болезни.

Обследование должно начинаться со сбора анамнестических данных и объективного исследования, после чего должен решаться вопрос о необходимости стационарного наблюдения и экспертизы с участием специалистов. Участие невропатолога и психиатра в таких комиссиях обычно является обязательным. Эксперту не рекомендуется производить единоличное обследование подозреваемых в симуляции болезни без невропатолога и психиатра, так как такого рода экспертизы являются очень сложными.

Аггравация

К симуляции очень близко примыкает аггравация. С ней приходится встречаться значительно чаще, чем с симуляцией.

Аггравация представляет собой преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания. Между симуляцией и аггравацией разница заключается в том, что при симуляции здоровый человек притворяется больным — предъявляет симптомы несуществующего заболевания. При аггравации больной человек преувеличивает симптомы имеющегося у него заболевания. Следовательно, симулянт — здоровый человек, но притворяющийся больным. Аггравант — действительно больной человек, который притворяется только в том отношении, что симптомы своего заболевания он выражает значительно сильнее жалоб, чем на самом деле это имеет место.

Аггравация, как и симуляция, может иметь различные поводы и мотивы и требует выявления ее так же, как и симуляция. Тем более, что с аггравацией, как уже было сказано, приходится встречаться значительно чаще. Аггравация также может быть сознательной, умышленной и может быть неосознаваемой у больного человека.

Сознательная, умышленная аггравация наблюдается в тех случаях, когда субъект желает получить какие-либо выгоды, например продление срока больничного листа по временной нетрудоспособности или получение более высокой группы инвалидности, установление более высокой степени утраты трудоспособности и др. Однако нужно иметь в виду, что у инвалидов, особенно у травматиков, аггравация очень часто бывает неосознаваемой. Объясняется это тем, что аггравация неосознаваемая, как правило, наблюдается при неврозах и даже бывает одним из их проявлений. Вот эти проявления «добросовестной» аггравации судебно-медицинскому эксперту нужно иметь в виду, особенно при экспертизе по поводу определения размеров утраты трудоспособности у травматиков, у эмоционально неустойчивых субъектов. Аггравация может быть вызвана и неосторожными заявлениями, рассуждениями, рекомендациями врача, т. е. может иметь и иатрогенное происхождение.

В заключение следует сказать, что если в процессе судебно-медицинской экспертизы возникает сомнение в действительности заболевания или в происхождении повреждения, то судебно-медицинский эксперт должен: во-первых, произвести тщательное обследование субъекта для распознавания характера заболевания или повреждения и его происхождения, во-вторых, всегда иметь в виду, что искусственные, притворные болезни, самоповреждения могут быть проявлением психического заболевания. В таких случаях эксперт сообщает следователю свое мнение о необходимости проведения судебно-психиатрической экспертизы, или о привлечении психиатра к участию в комиссии экспертов. Следователь при согласии с экспертом выносит постановление о привлечении к участию в экспертизе психиатра.

В настоящее время в судебно-медицинской практике редко приходится встречаться с самоповреждениями, искусственными и притворными болезнями. Однако судебно-медицинский эксперт и врач-клиницист должны о них помнить, хорошо знать их формы, способы воспроизведения, методику исследования и распознавания. Современные методы клинического исследования позволяют хорошо распознавать искусственные и притворные заболевания. Поэтому симуляция болезней, аггравация и искусственное воспроизведение болезней представляют значительные трудности.

От судебно-медицинского эксперта и врача требуется постоянная, внимательная и критическая оценка клинических симптомов и данных специальных исследований, что позволит исключить ошибочную постановку диагноза заболевания там, где его нет.

Мнимые болезни (ипохондрический синдром)

При судебно-медицинской экспертизе по поводу подозрения в притворной и искусственной болезни необходимо иметь в виду мнимую болезнь — ипохондрический синдром у субъекта, направленного для экспертизы.

Среди лиц, подозреваемых в предъявлении притворной болезни, могут оказаться субъекты с ипохондрическим синдромом, с бредовой идеей неизлечимой болезни, уродства, смерти.

Практика показывает, что далеко не всегда у врачей, сталкивающихся с подозрением в притворной болезни у пациента, имеется достаточное представление об ипохондрических состояниях, хотя такие больные встречаются не так редко. Особенно важно иметь в виду возможность

ипохондрического синдрома и исключить его при судебно-медицинской экспертизе по поводу притворной болезни.

Больные с ипохондрическим синдромом, обращаясь ко многим врачам, переходя от одного к другому, предъявляют многочисленные жалобы. Последние не подтверждаются при объективном исследовании. Поэтому у врача, естественно, возникает подозрение в притворстве, симуляции болезни, особенно после неоднократных обследований такого больного в стационаре, подтверждающих отсутствие объективных признаков какого-либо заболевания и опровергающих жалобы пациента. Такие больные длительное время обращаются к врачу со своими жалобами и могут вызывать иногда раздражение у врача, желание избавиться от надоедливой пациента, поэтому его направляют к другим специалистам, которые также не находят ничего объективного у такого больного. Жалобы последнего нередко расширяются и умножаются. Новые жалобы сплошь и рядом возникают в связи с неосторожными словами, действиями или рекомендациями врача, т. е. носят характер иатрогений.

Жалобы на существующие заболевания, отсутствие реальной помощи, иногда выраженное отрицательное отношение врача могут приводить и к трагическим последствиям. Такие больные с ипохондрическим синдромом совершают иногда суицидальные попытки. Необходимо, чтобы врач имел правильное и достаточное представление об ипохондрическом синдроме, не подозревал таких больных в притворстве, симуляции болезни, не привлекал к их обследованию обязательно психиатра или проводил обследование в стационарном психиатрическом лечебном учреждении. Именно в этом прежде всего и нуждаются такие больные.

Помимо ипохондриков, приходится встречаться и с особо мнительными пациентами, легко обнаруживающими у себя самые различные заболевания, о которых они слышали или читали. Такие лица очень легко воспринимают любые неосторожные высказывания врача и являются особо благоприятной почвой для развития иатрогений.

В литературе (С. З. Пащенко, 1956) приводится даже классификация таких иатрогений, вызывающих определенное содержание ипохондрических состояний и в известной мере обуславливающих и их возникновение.

1. И п о х о н д р и я псевдосифилитическая и псевдо-туберкулезная у людей, перенесших много лет назад сифилис, туберкулез, или даже здоровых. Возникает в результате бесконечных медицинских обследований и исследований крови, мокроты, мочи и неосторожных выражений врача.

2. И п о х о н д р и я артериосклеротическая. Возникает вследствие неосторожного разговора врача об обнаруживаемых у больного симптомах (боль в груди, головокружение и др.), которые врач объясняет как результат склероза сосудов.

3. И п о х о н д р и я гипертоническая, возникающая в результате многократных измерений кровяного давления, когда незначительное повышение давления сопровождается врачебными рекомендациями строго оберегаться, следить за давлением, не переутомляться и т. д. У мнительного человека в результате такой фиксации внимания к симптомам и поведению может развиваться ипохондрический невроз.

4. И п о х о н д р и я от анализов, возникающая в результате проведения по многочисленным просьбам больного анализов крови, мочи, кала и других. Если в анализах имеется указание на следы белка, солей, слизи, эритроцитов, лейкоцитов, то это расценивается больным

как угрожающие симптомы и может вызвать у него ипохондрическое состояние.

5. Ипохондрия диететическая в результате назначения без особой надобности строгого диетического режима на длительное время. Это может привести к фиксации больным постоянного внимания к своему здоровью и развитию ипохондрического состояния.

6. Ипохондрия бальнеоклиматическая наблюдается, например, тогда, когда обычные хвойные ванны не помогают там, где живет больной, но такие же хвойные ванны оказывают действие в другом месте — на Кавказе, в Крыму. Такие неправильные рассуждения больных нередко поддерживает и медицинский персонал, что и приводит к ипохондрии.

7. Ипохондрия рентгенографическая возникает в связи с направлением больного от одного рентгенолога к другому, получения на руки заключения, в котором говорится о нишах, турецком седле, поперечно расположенном сердце и других наблюдениях. У больного нередко возникает глубокое ипохондрическое состояние.

8. Ипохондрия сексуальная. Может возникнуть у больного в тех случаях, когда врач придает излишне большое значение каждой поллюции, мастурбации или временной импотенции. Направление без всякой надобности таких больных к урологам, венерологам и на различные исследования может приводить к тяжелой ипохондрии.

В приведенной классификации речь идет, собственно говоря, не об особых формах ипохондрии, а о перечислении тех неосторожных и неправильных врачебных мероприятий, которые могут приводить к ипохондрическому состоянию у людей с известным предрасположением.

Больные, обращающиеся к врачу с многочисленными и разнообразными жалобами, должны привлекать особое внимание и при надобности подвергаться детальному стационарному обследованию. Нужно иметь в виду, что больные ипохондрики всегда могут встретиться на приеме у врача. Небрежность и неправильные отношения врача к таким больным или, что еще хуже, подозрение их в симуляции могут привести к трагическим последствиям и этого не следует забывать.

Ипохондрические состояния могут иметь в основе различную этиологию. С. З. Пашенков предлагает выделять следующие клинические разновидности ипохондрических состояний.

1. Психогенные ипохондрические реакции.
2. Навязчивые состояния ипохондрического характера при неврозах (типа канцерофобий).
3. Ипохондрические состояния при внутренних заболеваниях.
4. Ипохондрические состояния при токсикоинфекциях, травмах и возникающих после них астениях.
5. Ипохондрический синдром при хронических психозах (шизофрении и др.).

Первая группа — психогенные ипохондрические реакции. Заболевание начинается внезапно, остро. У больных наблюдаются тревога, боязнь тяжелого, неизлечимого заболевания; они обращаются к врачу с заявлениями о своей тяжелой страшной болезни. Такие больные мрачны, угрюмы, раздражительны, мало общительны, напряжены, иногда высказывают суицидальные мысли: «никто не верит, что болен», «чем так мучиться, лучше умереть» — заявляют такие больные. Ипохондрическое состояние обусловлено каким-либо психогенным фактором. Он и определяет клиническую картину ипохондрического состояния.

С. З. Пашенков приводит следующие наблюдения.

Больной И. 21 год.
Заване началось с того
как. Больной это вы
и послужило поводом
спросил у больного
пытаясь ликвидировать
внато продолжало оста
проявил интерес к жизни
пропал одному видном
написать сейчас очень тр
«Мне сейчас не вери
ко мне никогда не вери
После какой-то кожной
причем одно на самом ко
лось отношение товарище
Я рос совершенно други
Каждый смотрит на мен
зей, чтобы не испытывать
дов. У меня пропало вс
гнетет меня изо дня в д
найти выход. Я согласен
вернуть молодость, красо

Такие больные и
хондрические переж
но особенно часто та
половой сферы (име
нием мочи.

Вторая груп
дрического хар
бий). В эту группу вхо
рофобий, сифилофоб
возникать на почве да
либо органа, например
нарушении функции ки
терией и т. п. Ипохонд
ников с ипохондрическ
кие, нерешительные, ве
неважающиеся люди.

Третья групп
внутренних заб
но часто встречается,
самого разнообразного
до тяжелых пережива
жалобы; они требуют
ше пробыть в лечебном
имеют запасы лекарств
ко теряют критическое
ниям. Нередко требуе
стационар.

Четвертая гр
при токсикоин
после них асте
возникают у больных с
сами и послеинфекци
ние могут утверждать
кулез, сифилис и др.
не поддаются убежде
от тяжелого заболе
признав, требуют ра
ции. После лечения

Больной И., 21 года, студент. Находился в стационаре с июля по сентябрь. Заболевание началось с того, что у больного на кончике носа появился небольшой фурункул. Больной его выдавил и у него осталось еле заметное красное пятнышко. Оно и послужило поводом для беспокойства, резко усилившееся после того, как товарищ спросил у больного: «Не сифилис ли это у тебя?». С этого все и началось. Больной пытался ликвидировать пятнышко, надрезая его бритвой, укалывая иглами, а когда пятно продолжало оставаться, у него резко изменилось настроение. Развилась апатия, пропал интерес к жизни, возникло желание покончить жизнь самоубийством. Решил написать одному видному профессору письмо следующего содержания:

«Мне сейчас очень трудно и горько до отчаяния. Я отравлен сознанием того, что ко мне никогда не вернется прежнее счастье жизни — красота, молодость, радость. После какой-то кожной болезни у меня на лице остались следы в виде красных пятен, причем одно на самом кончике носа. Эти пятна изуродовали мое лицо. Ко мне изменилось отношение товарищей, знакомых. А это заставило понять меня, что я стал не тот. Я рос совершенно другим, и теперь потерял все, я стал лишним из-за этих пятен. Каждый смотрит на меня как на обиженного богом. Я стал избегать общества, друзей, чтобы не испытывать унижения этих сочувствующих, вежливых обращений, взглядов. У меня пропало все — интерес к жизни, стремление к лучшему. Мое несчастье гнетет меня изо дня в день. Отчаяние доводит меня до того, что днями думаю, как найти выход. Я согласен на любую операцию, как бы она опасна ни была, чтобы вернуть молодость, красоту, счастье...»

Такие больные могут иногда кончать жизнь самоубийством. Ипохондрические переживания могут быть направлены на любой орган, но особенно часто такие переживания касаются заболеваний желудка, половой сферы (импотенции). Иногда они бывают связаны с недержанием мочи.

Вторая группа — навязчивое состояние ипохондрического характера при неврозах (типа канцерофобий). В эту группу входят больные с навязчивыми страхами типа канцерофобий, сифилофобий, невропатофобий и др. Такое состояние может возникать на почве даже незначительных расстройств функции какого-либо органа, например появления сыпи, и каких-либо психогений. При нарушении функции кишечника появляется страх заболеть раком, дизентерией и т. п. Ипохондрические фобии наблюдаются обычно у психастеников с ипохондрическими чертами характера. Это мстительные, робкие, нерешительные, впечатлительные, скрупулезные, почти во всем сомневающиеся люди.

Третья группа — ипохондрические состояния при внутренних заболеваниях. Это группа больных также довольно часто встречается, и у них наблюдаются ипохондрические явления самого разнообразного характера — от простых ипохондрических жалоб до тяжелых переживаний. У таких больных имеются многочисленные жалобы; они требуют всяких обследований и стремятся как можно дольше пробыть в лечебном учреждении и строго выполняют все назначения, имеют запасы лекарств. Они могут не доверять лечащим врачам и нередко теряют критическое отношение к своим ипохондрическим переживаниям. Нередко требуется помещение таких больных в психиатрический стационар.

Четвертая группа — ипохондрические состояния при токсикоинфекциях, травмах и возникающих после них астениях. Ипохондрические бредовые идеи нередко возникают у больных с токсикоинфекционными, травматическими психозами и послеинфекционными астеническими состояниями. Такие больные могут утверждать, что у них имеется тяжелое заболевание — туберкулез, сифилис и др. К своим высказываниям относятся они критически, не поддаются убеждениям. Для их состояния характерен страх умереть от тяжелого заболевания. Больные недоверчивы, подозрительны, капризны, требуют различных лечебных мероприятий вплоть до операций. После лечения ипохондрические переживания могут исчезнуть.

Пятая группа — ипохондрический синдром при хронических психозах (шизофрения и др.). Эту группу составляют больные с хроническими психозами, у которых имеются либо жалобы ипохондрического характера, либо бредовые ипохондрические идеи.

Здесь специально приведены подробно сведения об ипохондрических состояниях для того, чтобы обратить внимание врачей на таких больных. Само заболевание, ипохондрический синдром, может выявиться лишь после детального обследования такого больного невропатологом и психиатром. При первых же обращениях больных у врача может и не возникнуть мысли об ипохондрическом состоянии. Так как такие больные бывают иногда навязчивыми, их жалобы и поведение не адекватны их состоянию и объективным данным, то врачи очень легко могут ошибиться, приняв такого больного за симулянта. Характерологические особенности таких больных, их грубость, раздражительность, а иногда и злобность могут вызывать раздражение у врача, медицинского персонала и соответственно неправильное отношение к такому больному. Поэтому необходимо предостеречь от такого неправильного отношения и неправильного подхода к пациентам, обращающимся с многочисленными жалобами на состояние своего здоровья при отсутствии объективных симптомов. Заключение врач должен давать только после детального обследования и обязательно с участием психиатра и невропатолога. Еще раз необходимо подчеркнуть, что больные с ипохондрическим синдромом склонны к суицидальным попыткам. Иногда заболевание такого лица и ипохондрический синдром устанавливаются из оставленных записей ипохондриков.

ча
р а

В судебном
кий круг и
к установл
ловых фун
связанным
вопросов ра

В уголов
определени
1) установл
достижения
сношению, с
новенности;
ших родов,

Необходимо
сомнения в
жет быть се
так и в отно
Пол мож
вследствие
органов. В д
вильности о
пола с после
встречается
брака; в де
являет о нев
тельную воен
экспертизе я
в связи, нап

Часть 4.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ВОПРОСАМ, СВЯЗАННЫМ С ОТПРАВЛЕНИЕМ ПОЛА

Раздел I.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛА И ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С НОРМАЛЬНЫМ ОТПРАВЛЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ФУНКЦИЙ

В судебно-медицинской практике приходится рассматривать широкий круг вопросов, связанных с отправлениями пола. Одни относятся к установлению полового состояния и к отпращиванию нормальных половых функций, другие же к нарушению нормального полового уклада и связанными с этим преступлениями. Поэтому каждая из этих групп вопросов рассматривается в руководстве отдельно.

В уголовных и гражданских делах судебно-медицинская экспертиза определения полового состояния может быть связана с необходимостью: 1) установления истинного пола; 2) установления достижения или недостижения половой зрелости; 3) установления способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию; 4) установления половой неприкосновенности; 5) установления наличия беременности, ее отсутствия, бывших родов, аборта.

Глава XV

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ИСТИННОГО ПОЛА

Необходимость установления истинного пола возникает в случаях сомнения в принадлежности субъекта к тому или другому полу. Это может быть связано с различными поводами и иметь место как у детей, так и в отношении взрослых людей.

Пол может быть ошибочно установлен у ребенка при его рождении вследствие неправильного врожденного нарушения развития половых органов. В дальнейшем, с развитием ребенка, возникает сомнение в правильности определения пола и необходимость установления истинного пола с последующим исправлением в документах. Иногда такой повод встречается в бракоразводных делах в связи с исками о расторжении брака; в делах, связанных с алиментными исками, когда ответчик заявляет о невозможности быть отцом ребенка; при призывах на действительную военную службу и в других случаях. Иногда поводом к такой экспертизе является возбуждение дел в порядке частного обвинения — в связи, например, с оскорблениями. В последних случаях обычно сом-

лений в истинной принадлежности к тому или другому полу не возникает, так как речь идет о словесном оскорблении. У некоторых лиц строение наружных и внутренних половых органов может быть неправильным, порочным. Может не быть достаточных признаков определенного пола, когда при общем складе, например, мужского пола могут быть обнаружены наружные половые органы, по внешнему виду сходные с женскими, и наоборот. Неопределенное половое состояние, когда имеются внешние признаки и того и другого или противоположного пола, было принято обозначать как гермафродитизм.

Новейшие исследования в области эмбриологии, биохимии, генетики, эндокринологии позволили выявить новые данные в отношении причин нарушений развития половой дифференцировки. Это позволило кардинально пересмотреть клиническую характеристику нарушений развития пола, их диагностику и предложить эффективные методы лечения.

Оказалось, что большинство лиц с нарушениями половой дифференцировки отличаются и от мужчин и от женщин. Наличие определенных половых желез, мужских или женских, само по себе не характеризует еще их функцию и, следовательно, не может служить критерием пола. Поэтому нельзя у таких лиц, по существу больных, установить и истинный пол. Некоторые из этих нарушений оказались хромосомными болезнями. Например, дисгенезия гонад (половых желез) — синдром Шерешевского — Тернера, дисгенезия семенных канальцев — синдром Кляйнфельтера. Появились большие возможности эффективного лечения лиц, страдающих нарушениями половой дифференцировки. Последнее имеет исключительно важное значение для установления паспортного пола лиц, имеющих неопределенное строение наружных половых органов.

Врожденные нарушения полового развития включают не только гермафродитизм, но и другие болезненные формы. Л. Л. Либерман (1966) приводит классификацию врожденных нарушений развития половых органов Уилкинса (1960).

1. Дисгенезии гонад, типичная и атипичная форма. Эта группа характеризуется хромосомной аномалией как причиной нарушения, отсутствием одной, но обычно обеих гонад, полным отсутствием выработки гонадами еще в эмбриональный период гормонов, регулирующих развитие пола.

2. Дисгенезия семенных канальцев. Заболевание, характеризующееся наличием в кариотипе фенотипических мужчин лишнего X-хромосом и связанных с этим типичными нарушениями со стороны яичек.

3. Истинный гермафродитизм (или амбисексуальность), для которого характерно наличие в гонадах ткани и яичка и яичника и нарушение эмбриональной функции ткани яичка еще в эмбриональном периоде.

Эти три группы характеризуются и объединяются общим признаком дисгенезии гонад. Разделение их на три группы вызвано различием в клиническом проявлении этих заболеваний.

4. Мужской псевдогермафродитизм характеризуется почти всегда мужским генотипом, наличием двух яичек, но различной степенью нарушений образования этими яичками в эмбриональном и постнатальном периодах морфогенетических инкретов и андрогенов.

5. Женский псевдогермафродитизм характеризуется нормальным женским генотипом, нормальным строением внутренних женских половых органов и резко выраженным, похожим на мужские, строением наружных половых органов обычно под влиянием избытка андрогенов.

В каждой из этих групп известны многие особенности клинического проявления. Это имеет значение для диагностики и выбора методов лечения.

Различают, следовательно, **истинный гермафродитизм**, когда у одного субъекта имеется и тестикулярная и оварияльная ткань, и **ложный гермафродитизм**, когда имеется несоответствие между половыми железами и строением половых органов, вторичными половыми признаками.

Как истинный гермафродитизм, так и ложный в судебно-медицинской практике встречается очень редко, и устанавливать характер нарушений развития пола бывает крайне трудно. В настоящее время это невозможно без подробного клинического обследования такого больного в специализированном лечебном учреждении (например, в отделе эндокринологии Института акушерства и гинекологии АМН СССР).

Общее развитие, внешний вид у истинных гермафродитов может быть либо по женскому типу, либо по мужскому типу, либо быть неправильным — смешанным. Поведение такого больного, его склонности, образ жизни и склонности могут зависеть не столько от наличия у него тех или иных желез, сколько от воспитания его как девочки или мальчика. Психосексуальные склонности у них могут быть также различными.

Установление истинного пола при истинном гермафродитизме возможно только при микроскопическом исследовании гонад (половых желез). Ложный гермафродитизм встречается также редко. В практике лечебных учреждений такие случаи исчисляются единицами. Так, по данным М. Г. Сердюкова, в Московском областном научно-исследовательском институте на 35 355 амбулаторных больных ложный гермафродитизм встретился в 8 случаях, что составляет 0,023%.

Под ложным гермафродитизмом понимается неправильное, порочное развитие наружных половых органов, их неопределенный внешний вид.

При ложном мужском гермафродитизме (рис. 49), при наличии двух мужских половых желез (яичек), наружные половые органы бывают частично развиты по женскому типу. Половой член недоразвит, мошонка расщеплена и напоминает большие половые губы, имеются недоразвитые малые губы, влагалище. В той или иной степени могут иметься зачатки внутренних половых органов — матки, труб.

При ложном женском гермафродитизме (рис. 50), при наличии внутренних женских половых органов, наружные половые органы развиты по мужскому типу. Увеличенный клитор напоминает мужской половой член, большие половые губы — мошонку, в которой имеется отверстие, ведущее в недоразвитое влагалище, куда может открываться и мочеиспускательный канал.

Врожденное нарушение развития наружных половых органов приводит к тому, что при рождении половая принадлежность ребенка определяется неправильно, и он воспитывается в соответствии с неправильно определенным полом. В дальнейшем же возникают сложные ситуации,

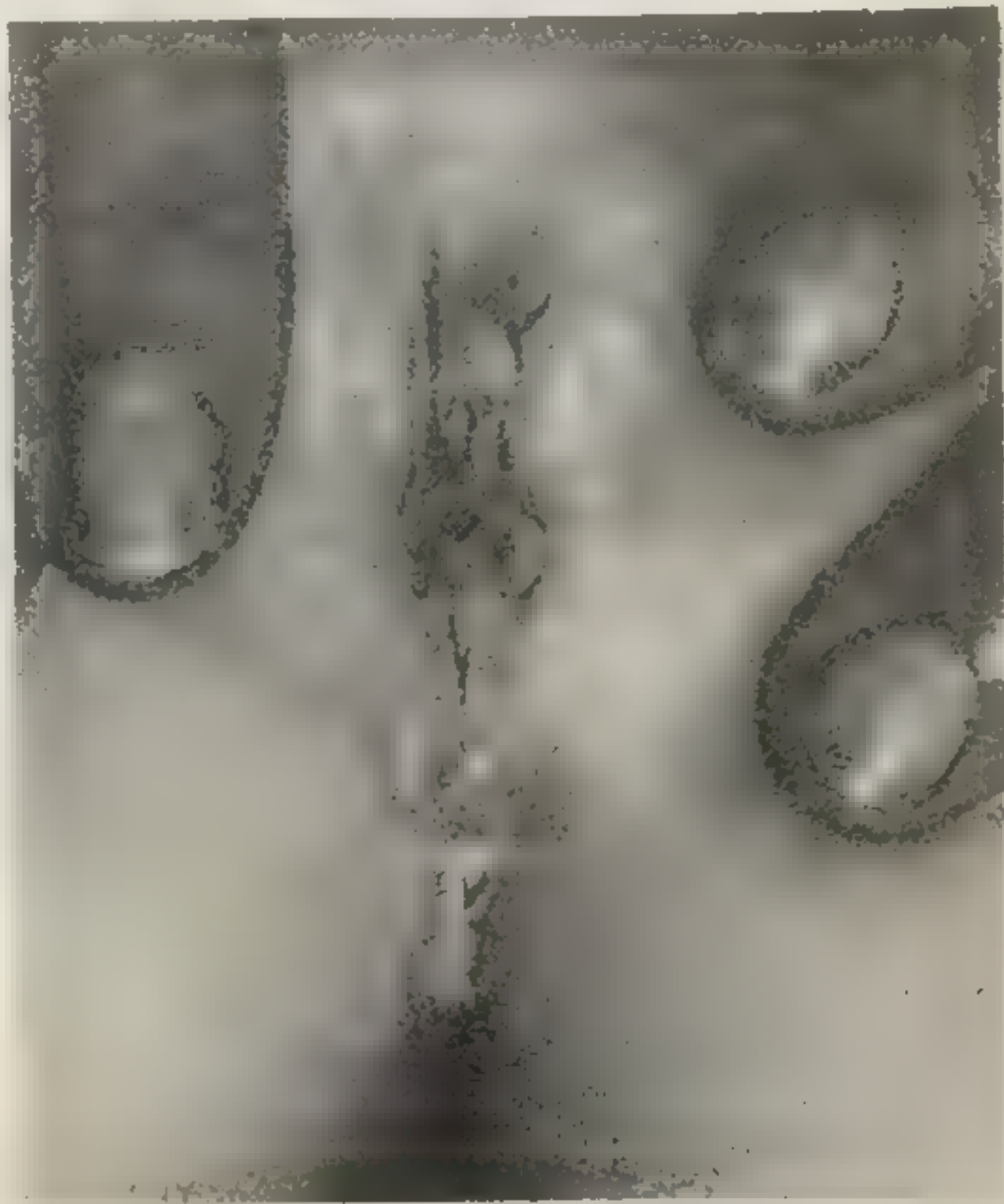


Рис. 49. Ложный мужской гермафродитизм

в частности необычные влечения у такого субъекта. Например, воспитываемый как девочка проявляет влечение к лицам женского пола, а воспитываемый как мальчик — к лицам мужского пола. Такие субъекты могут даже вступить в брак, вести какое-то время подобие половой жизни. Не-

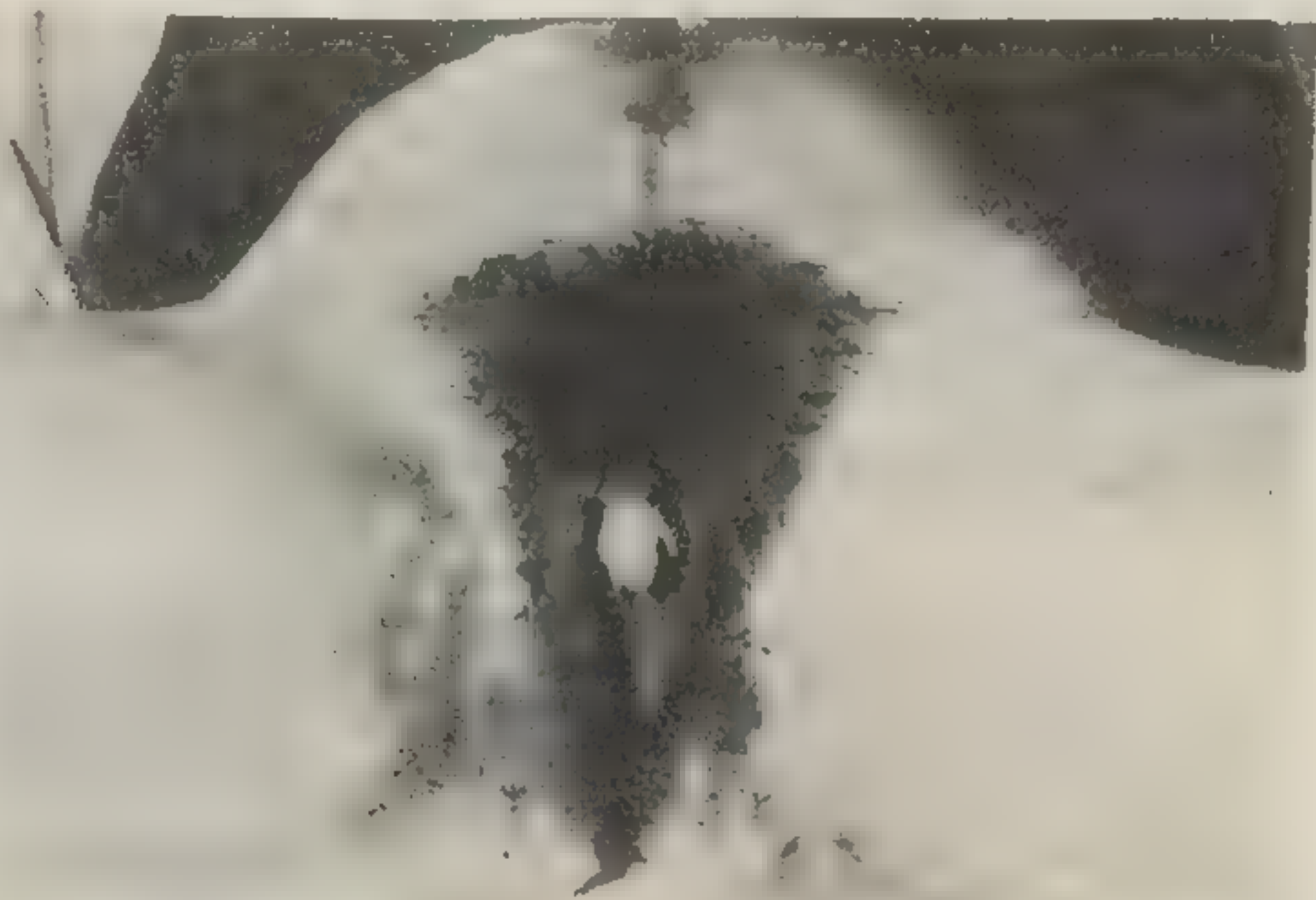
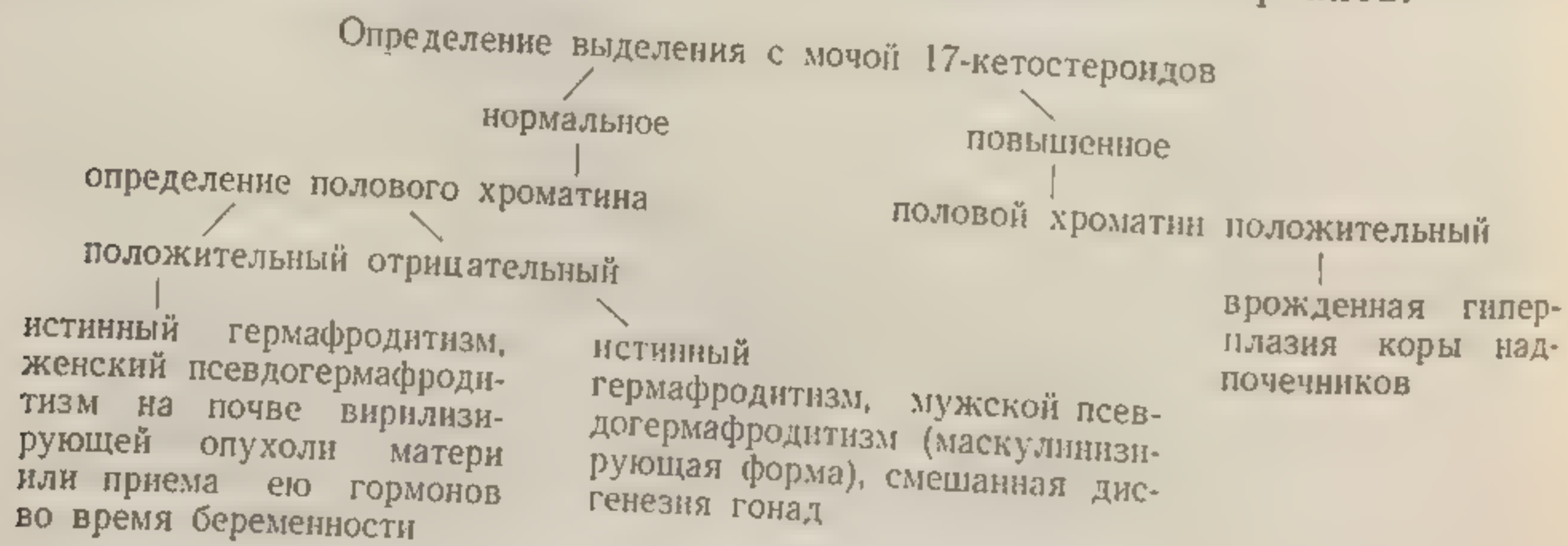


Рис. 50. Ложный женский гермафродитизм.

правильно определенная половая принадлежность может затем раскрыться, в связи с чем и возникают различного рода конфликты. Их приходится иногда разрешать в судебном порядке.

Л. Л. Либерман рекомендует следующую схему обследования больных с неопределенным состоянием наружных половых органов.



Кроме того, для уточнения диагноза истинного, ложного мужского, ложного женского гермафродитизма и смешанной дисгенезии гонад требуется уретроскопия, а также лапаротомия и биопсия гонад.

Учитывая исключительные сложности диагностики и клиническое разнообразие форм, самое детальное обследование таких лиц должно производиться только в специализированном клиническом лечебном учреждении. Нельзя давать какое-либо заключение на основании одного вида и состояния наружных половых органов.

Особенно серьезно и ответственно следует подходить к заключению об установлении паспортного пола и не только у взрослых, но и у детей. Этот вопрос должны решать клиницисты: эндокринологи и психиатры.

Все сказанное
ление судебно-м
И. А. Мухан
ЗАГС у двух «с

Р-ва В. К. р
струаций не было
себя мужчиной, в
мужчина. Желает

Объективные д
Молочные железы
ные, выступают. В
шонка хорошо раз
канатиками. Средн
У верхнего края м
ление. К нижнезад
складок, напомина
вое углубление, в
моча и при полово
Матка и придатки

Р-ва Г. К.,
в женской школе
к женщинам. Угне
Объективные д
сутствует. Молоч
женскому типу. I
с придатками и се
вой член с головк
межности углубле
обнаружено.

Таким образом
развитыми мочепол

Поводом к ус
зрелости может
ности лица, не

Половая жизнь
но, и половая
произведению
сколько различ

Организм ж
рению и зачати
лости, но к вын
вья женщины. С

вой зрелости ж
и родоразрешен
водимые ранее
отношении ника

ловой зрелости
эти критерии, н
Способность
раньше способн
для здоровья ж

Все сказанное выше определяет организацию, возможности и направление судебно-медицинской экспертизы.

И. А. Муханов (1965) приводит определение пола по предложению ЗАГС у двух «сестер». Обе они воспитывались как девочки.

Р - ва В. К. родилась в 1939 г. В детстве предпочитала общество мальчиков. Менструаций не было. За последние два года появилось влечение к девушкам. Считает себя мужчиной, встречается с женщиной, с которой вступила в половую связь как мужчина. Желает подвергнуться операции, чтобы стать нормальным мужчиной.

Объективные данные. Внешний вид и телосложение мужчины. На лице пушок. Молочные железы небольшие, конической формы, упругие. Соски несколько обособленные, выступают. Волосы на лобке по женскому типу. Наружные половые органы: мошонка хорошо развита. В ней прощупываются два яичка с придатками и семенными канатиками. Срединный шов глубокий в мошонке как бы разделена на две части. У верхнего края мошонки половой член длиной 1,5 см. В центре головки слепое углубление. К нижнезаднему краю мошонки примыкают передние концы двух продольных складок, напоминающие большие половые губы. Между ними имеется воронкообразное углубление, в которое открывается отверстие, через него выделяется по словам Р. моча и при половом сношении — беловатая жидкость. Эрекция полового члена бывает. Матка и придатки отсутствуют.

Р - ва Г. К., 22 лет, в детстве также предпочитала общество мальчиков. Училась в женской школе. Менструации отсутствуют. В последние годы появился интерес к женщинам. Угнетает неясное представление о своем поле.

Объективные данные. Лицо и телосложение женские. Растительность на лице отсутствует. Молочные железы хорошо развиты, средней величины. Волосы на лобке по женскому типу. Мошонка хорошо развита и раздвоена. В ней прощупываются яички с придатками и семенными канатиками. В верхней части мошонки недоразвитый половой член с головкой в диаметре около 1 см в крайней плоти. В средней части промежности углубление, в центре которого открывается уретра. Влагалища, матки не обнаружено.

Таким образом, оба обследованных субъекта оказались мужчинами с неправильно развитыми мочеполовыми органами.

Глава XVI

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

Поводом к установлению достижения или недостижения половой зрелости может явиться обвинение в нарушении половой неприкосновенности лица, не достигшего половой зрелости.

Определение понятия половой зрелости

Половая жизнь направлена на производство потомства, следовательно, и половая зрелость есть состояние физической подготовленности к производству потомства. Это состояние для мужчины и женщины несколько различны в возрастном отношении.

Организм женщины должен быть подготовлен не только к оплодотворению и зачатию, что может наступать значительно раньше половой зрелости, но и вынашиванию плода и родоразрешению без вреда для здоровья женщины. Следовательно, главными и основными критериями половой зрелости женщины будут подготовленность к вынашиванию плода и родоразрешению без вреда для здоровья. Все остальные признаки, приводимые ранее в качестве признаков половой зрелости, не имеют в этом отношении никакого значения. Не имеют отношения к установлению половой зрелости и болезненные процессы, изменяющие или исключаящие эти критерии, например узкий таз, инфантильная матка.

Способность к половому сношению и зачатию наступает значительно раньше способности к вынашиванию плода и родоразрешению без вреда для здоровья женщины.

Способность к вскармливанию не является признаком половой зрелости, а свидетельствует лишь о функциональном состоянии молочных желез.

В настоящее время не так уже редко женщина, родившая ребенка, иногда не первого, не может кормить его вследствие недостаточной функции молочных желез. Однако это не дает оснований считать таких женщин не достигшими половой зрелости.

Не исключает половой зрелости и неспособность к вынашиванию плода и родоразрешению вследствие патологии (привычный выкидыш, узкий таз — это патология, а не физиология).

Состояние умственного развития не имеет отношения к половой зрелости. Психически дефективные женщины (имбецилы, идиотки и др.) и психически больные с деградацией личности могут выносить и родить без вреда для своего здоровья здорового ребенка, если они достигли соответствующего физического развития. Иначе их до глубокой старости придется считать неполовозрелыми, как и каждую женщину, заболевшую тяжелым психическим расстройством.

Способность к воспитанию ребенка и подготовленность к самостоятельному существованию не относятся к признакам половой зрелости прежде всего как не имеющие отношения к половой зрелости вообще и как признаки не биологические, а социальные. Кроме того, ребенок иногда воспитывается и без матери, например если мать умерла в родах или отказалась от ребенка, не желая его воспитывать. Для того же, чтобы существование и воспитание ребенка были обеспечены, закон устанавливает *брачный возраст*. К этому возрасту организм женщины достигает такого физического развития, когда вынашивание плода и родоразрешение совершаются не только без вреда для здоровья женщины, но являясь *физиологическим актом*.

Из сказанного выше можно сделать вывод: *половой зрелостью лиц женского пола является такое физическое развитие и физиологическое состояние организма, при котором вынашивание плода и родоразрешение совершаются без вреда для здоровья и являются физиологическим актом.*

С целью охраны половой неприкосновенности лиц, не достигших половой зрелости, исходя из интересов охраны здоровья женщины и в особенности подростков, законом установлен определенный возраст, с достижением которого разрешается вступление в брак.

В союзных республиках установлен не одинаковый брачный возраст. В Азербайджанской ССР, Армянской ССР, Грузинской ССР, Украинской ССР, Молдавской ССР брачный возраст для женщин установлен в 16 лет, а в остальных союзных республиках брачный возраст установлен в 18 лет.

Кодекс законов о семье, браке и опеке РСФСР разрешает Президиумам Верховных Советов автономных республик, областным исполнительным комитетам, автономным, областным, районным исполкомам, а также городским и районным Советам в городах в исключительных случаях, по отдельным ходатайствам, понижать для женщин установленный Кодексом брачный возраст, но не более чем на один год; в Белорусской ССР разрешается понижать брачный возраст на 2 года.

Устанавливая брачный возраст, законодатель исходил из того, что к достижению этого возраста организм как женщины, так и мужчины обычно бывает достаточно развит и подготовлен для выполнения половой функции — продления рода (к половой жизни и связанной с ней беременностью и родам, которые к этому возрасту будут носить физиологический характер и не будут отражаться на состоянии здоровья).

Половая зрелость
Она может наступить
в различных случаях и
половое сношение
законом.

Ст. 119 УК
наказывается лишением
свободы на срок до
Тем же действующим
формам, наказывающимся

Судебно-медицинская
производится
женщины или же
стигшим браком
16 лет в тех ре
зумеет и дос
уж редко поло
бенно 18 лет),
Вместе с тем
возраста (что
венность по эт

Имеется в
ского брачного
когда виновны
ние с лицом, н
сношение с ма
как изнасилова

Экспертиза
преимущественно
у лиц мужского
встречается иск

Достижению по
вания, продолжа
лет. У девочек н
ние менструаци
ляцией, т. е. с
себе появление
мают иногда не
ворит лишь о на

После появле
весьма сложные
ние 3—6 лет и з
няя складываетс
низма; 2 — разв
сти к половому с
к вынашиванию
ности к вскарм

В последнем
ротных и климат
мени (1964), Т.
ко на юге Украин
15 М. И. Авдеев

Половая зрелость не связана с достижением определенного возраста. Она может наступить ранее достижения брачного возраста, ■ в отдельных случаях и позднее этого возраста. Вступление в половую связь и половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, преследуется законом.

Ст. 119 УК РСФСР. Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, наказывается лишением свободы на срок до 3 лет.

Те же действия, сопряженные с удовлетворением половой страсти в извращенных формах, наказываются лишением свободы на срок до 6 лет.

Судебно-медицинская экспертиза установления половой зрелости производится ■ случае привлечения к уголовной ответственности мужчины или женщины за добровольное половое сношение с лицом, не достигшим брачного возраста. Достижение брачного возраста (18 лет или 16 лет в тех республиках, где установлен этот брачный возраст) подразумевает ■ достижение половой зрелости. В отдельных случаях и не так уж редко половая зрелость наступает и ранее брачного возраста (особенно 18 лет), что исключает уголовную ответственность по этой статье. Вместе с тем недостижение половой зрелости при достижении брачного возраста (что тоже может быть) также исключает уголовную ответственность по этой статье.

Имеется ■ виду умышленное совершение полового акта или фактического брачного сожительства с лицами, не достигшими половой зрелости, когда виновный сознавал свои действия, что совершает половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, ■ желал этого. Половое сношение с малолетним ■ судебной практике рассматривается обычно как изнасилование.

Экспертиза по поводу установления половой зрелости производится преимущественно у лиц женского пола. Установление половой зрелости у лиц мужского пола как повод для судебно-медицинской экспертизы встречается исключительно редко, однако в практике иногда бывает.

Характеристика периода полового созревания и наступления половой зрелости

Достижению половой зрелости предшествует период полового созревания, продолжающийся в течение нескольких (3—6, а иногда и больше) лет. У девочек началом периода полового созревания считается появление менструаций. Появление менструаций связано, но не всегда, с овуляцией, т. е. с функцией женских половых желез — яичников. Само по себе появление менструаций отнюдь не свидетельствует (как это понимают иногда некоторые юристы) о наступлении половой зрелости, а говорит лишь о наступлении периода полового созревания.

После появления менструаций в организме начинают происходить весьма сложные процессы и изменения, которые продолжаются в течение 3—6 лет и заканчиваются достижением половой зрелости. Последняя складывается из следующих признаков: 1 — общего развития организма; 2 — развития женских половых органов и появления способности к половому сношению; 3 — способности к зачатию; 4 — способности к вынашиванию плода; 5 — способности к родоразрешению; 6 — способности к вскармливанию ребенка. Принимается во внимание совокупность этих признаков.

В последнее время исследования половой зрелости в различных широтных и климатических зонах были проведены В. М. Мусаэляном ■ Армении (1964), Т. С. Норейко в Карелии (1964—1966), А. Н. Самойличенко на юге Украины (в Одессе, 1965). Эти исследования подтвердили, что

В. М. Мусаэлян обследовал 2088 учащихся Армении, Еревана, в возрасте от 10 до 20 лет и получил следующие данные.

1. Физическое развитие в период полового созревания не выявило наступления более ранней морфологической стабилизации по сравнению с такими же контингентами школьников более северных широт.

2. Размеры таза у 18-летних армянок Еревана были близки к средним размерам таза у женщин, закончивших физическое развитие и принятым в акушерстве.

3. Средний возраст наступления менструаций у этого контингента существенно не отличался от возраста первых месячных у девушек ряда городов среднего и северного пояса нашей страны.

4. Массовое начало развития вторичных половых признаков у обследованного контингента наблюдалось в возрасте 11—12 лет. К 17 годам молочная железа и волосяной покров на лобке и в подмышечных впадинах в 70% наблюдений достигали развития, характерного для половозрелых субъектов. Полное развитие вторичных половых признаков было констатировано приблизительно у 70% 18-летних девушек.

5. Учащиеся армянки Еревана достигают половой зрелости не ранее 17—18-летнего возраста.

Т. С. Норейко обследовала 1625 девушек Карелии в возрасте от 11 до 19 лет. Половое развитие у обследованных начиналось в 11—12 лет. Средний возраст проявления первой менструации — 13 лет 10 месяцев (от 12 лет 9 месяцев до 14 лет 11 месяцев). К 18 годам половая зрелость была установлена у 66—68% обследованных, что соответствует данным В. М. Мусаэляна. Соответствующие данные получены А. Н. Самойличенко для жительниц юга Украины.

Исследования этих авторов показали, что нет никакой существенной разницы при достижении половой зрелости у жительниц северных и южных широт. Этим опровергаются ничем фактически не обоснованные рассуждения о более раннем половом созревании жительниц южных районов нашей страны.

Общее развитие организма. С наступлением периода полового созревания в организме при продолжающемся росте происходят формирование скелета (в частности, таза, размеры которого увеличиваются), отложение жировой клетчатки в области таза, плечевого пояса. Формы тела приобретают характерную округлость; развиваются вторичные половые признаки, молочные железы; появляется растительность на лобке, половых органах, в подмышечных впадинах; пигментируются большие половые губы (в них также развивается подкожная клетчатка), происходит более полное смыкание больших половых губ. С достижением половой зрелости обычно прекращается

С достижением половой зрелости обычно прекращается и рост тела. К этому же времени происходит развитие всех постоянных зубов, а иногда появляются и первые зубы мудрости. Внешний вид субъекта соответствует общему виду человека, достигшего половой зрелости. Размеры тела к этому времени следующие (табл. 9).

В сводной табл. 9 представлены, кроме данных М. Г. Сердюкова, и результаты трех последних исследований, проведенных на большом материале и статистически достоверных. Этими данными, полученными на основе точных антропологических измерений, можно руководствоваться для установления достижения половой зрелости. Измерения, приведенные М. Г. Сердюковым, несколько занижены, возможно, вследствие недостаточности точных измерений. Хотя Т. С. Норейко и приходит к выводу, что половая зрелость девушек Карелии наступает не раньше 18 лет,

Размеры
тела . . . (см)

Рост: стоя
 сидя

Вес (в кг)

Окружность груди (в см):
 вдох
 выдох
 пауза

Окружность головы (в см)

Окружность плеча (в см)

Окружность бедра (в см)

Окружность голени (в см)

Размеры таза (в см):
 между остями
 » гребешками
 » вертелами

Наружная конъюгата (в см)

В «Правилах судебно-медицинской экспертизы» (1966) полагается, что при установлении женского происхождения, роды и вскармливание не расстраивают зрелости материнских органов. Признаков полового созревания и способности к деторождению; г) способность к деторождению; е) способность к деторождению. При этом указывается, что не является решающим фактором «правильно ответить на эти указания следующие антропометрические данные: рост — 160 см; вес — 50 кг; окружность грудной клетки — 76 см; окружность плеча — 29 см; окружность запястья — 17 см; окружность предплечья — 26 см; наружная кожная складка — 26 см; наружная кожная складка — 26 см. Таковы данные, которые надо иметь в виду.

Таблица 9

Размеры тела (в см)	Авторы				
	М. Г. Сердю- ков	В. М. Мусаэ- лян	А. Н. Самой- личенко	Т. С. Норейко	
				16 лет	18 лет
Рост: стоя	145—150	156—156,7	157—166	157,97	158,58
сидя	56—58 (туловище)	84—84,75	84—88		
Вес (в кг)		53—53,4	53—57	52,93	55,75
Окружность груди (в см):		81		81,25	82,76
вдох	83—86		80—88		
выдох	73—76		76—81		
пауза			78—83		
Окружность головы (в см)			53,5—55		
Окружность плеча (в см)	30—31	24,8—24,9	23—24	24,69	25,17
Окружность бедра (в см)		53,4—53,6	53—55		
Окружность голени (в см)	40—41	34	32—35	34,08	33,61
Размеры таза (в см):					
между остями	23	25—25,4	24—26	23,28	24,05
» гребешками	25	27,8—27,9	27—29	25,27	26,79
» вертелами	29	30,6—30,8	30—32	29,98	30,01
Наружная конъюгата (в см)	17	19,4	18,5—19,5	17,37	18,03

данные ее антропометрических исследований 16-летних по существу не расходятся с данным для половозрелых трех других исследователей.

В «Правилах судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (1966) половой зрелостью считается окончательное формирование женского организма, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и свидетельствуемая способна к выполнению материнских обязанностей. Предлагается учитывать совокупность следующих признаков: а) общее развитие организма; б) развитие половых органов и способность к совокуплению; в) способность к зачатию; г) способность к вынашиванию плода; д) способность к родоразрешению; е) способность к вскармливанию.

При этом указывается, что каждый из этих признаков ■ отдельности не является решающим и только их совокупность дает возможность «правильно ответить на вопрос о половой зрелости».

Эти указания страдают неточностью. В «Правилах» приводятся следующие антропометрические данные, характеризующие достижение половой зрелости: рост стоя не менее 150 см, сидя — 80 см; длина туловища от VII шейного позвонка до копчика — 56—58 см; окружность грудной клетки: в спокойном состоянии 78—80 см, при выдохе 73—76 см; окружность плеча ■ средней трети 30—31 см, окружность голени в средней трети 40—41 см; минимальные размеры таза: расстояние между вертелами — 29 см, между остями — 23 см, между гребешками — 26 см; наружная конъюгата — 18 см.

Таковы данные, относящиеся к общему развитию организма. При этом надо иметь в виду, что ■ норме имеется различие в половом раз-

витии (рис. 51). При нарушении функции желез внутренней секреции могут наблюдаться отклонения от общего развития организма. В отдельных случаях могут быть недоразвитие организма (инфантилизм), отклонения от обычного развития организма (вирилизм, евнухоидизм), раннее половое созревание. Все это также нужно иметь в виду при проведении судебно-медицинской экспертизы установления половой зрелости.



Рис. 51. Нормальные девочки 13 лет 6 месяцев с различиями в росте и половом развитии (по Уилкинсу, 1963).

сти. В справочных материалах этой главы представлены наиболее распространенные формы отклонений роста и развития и причины преждевременного полового развития.

Л. Уилкинс (1963), в частности, отмечает, что многочисленные обследования юношей и девушек показали, что у детей, развившихся впоследствии в нормальных взрослых, наблюдаются отклонения сроков начала пубертатного периода развития, темпов и форм развития.

Пубертатный период может начинаться в любое время между 9 и 17 годами. Сроки и формы пубертатного развития переменны.

Возможны случаи с более ранним развитием молочных желез, с оволосением без других пубертатных изменений. Это может быть связано с конституциональным различием нормативов развития или нарушением эндокринных механизмов.

Многими авторами отмечаются более высокие показатели роста и развития детей в настоящее время по сравнению с прежними показателями (Б. Братанов и др., 1965).

Способность к половому сношению. Способность к половому сношению определяется правильным развитием наружных половых органов, в частности влагалища, допускающим введение полового члена во влагалище. Однако способность к половому сношению может появиться и значительно ранее достижения половой зрелости. В некоторых случаях способность к нормальному половому сношению может быть уже в 13—15 лет. В практике приходится встречаться со случаями регулярной половой жизни уже в этом возрасте, до достижения половой зрелости.

Способность к зачатию. Способность к зачатию возникает после появления овуляции. Правильно установившийся менструальный цикл у девочек свидетельствует обычно о наличии овуляции, а следовательно, и о возможности зачатия. Так как менструации могут появляться иногда очень рано (с 12 лет и ранее), то с этого времени может наступить и способность к зачатию.

Первая менструация наступает в среднем в возрасте около 13—14 лет. По данным Московской судебно-медицинской экспертизы за 14 лет (1917—1931), первая менструация у 50% обследованных наступала между 14 и 18 годами, у 30% — между 17 и 19 годами, у 12% — между 11 и 12 годами, у 8% — в 20 лет (М. Г. Сердюков).

Г. Я. Арешев на основании 5000 наблюдений, относящихся к наступлению половой зрелости у армянок, установил следующее: у 77,4% армянок менструации начинались в 15 лет, у 0,72% — в 9—11 лет; у 0,98% — от 19 до 22 лет. Эти данные, как видно, совпадают с теми данными, которые установлены для женщин, проживающих в средней полосе. Таким образом, особой разницы в наступлении первой менструации у женщин на крайнем юге и в средней полосе не существует. Это подтвердили и исследования В. М. Мусаэляна.

Как видим, способность к зачатию может наступить значительно раньше достижения половой зрелости.

Способность к родоразрешению. Способность к родоразрешению определяется размерами и правильным формированием таза. В большинстве случаев уже в 16—17 лет развитие таза достигает таких размеров, когда возможно рождение плода средних размеров, и поэтому способность к родоразрешению по существу достигается уже к 16—17 годам. В некоторых случаях рождение ребенка возможно и ранее этого возраста, в особенности если учесть то обстоятельство, что при наступлении беременности одновременно с развитием плода наблюдается и ускорение общего развития организма беременной, сопровождающееся развитием таза.

Способность к вскармливанию ребенка обусловлена развитием молочных желез, т. е. способности их к полноценной функции. Способность к вскармливанию сама по себе не является признаком половой зрелости. Неспособность к вскармливанию может быть обусловлена нарушением функции молочных желез у половозрелой женщины многими причинами. Правильнее к признакам половой зрелости относить не способность к вскармливанию, а нормальное развитие молочных желез.

С развитием организма, наступлением периода полового созревания происходит и развитие молочных желез, которые увеличиваются в объеме за счет развития жировой клетчатки и железистой ткани. Происходит также и развитие соска. Форма сосков бывает различной. С разви-

тием молочных желез происходит изменение околососкового кружка, цвет которого изменяется — из бледно-розового становится коричневатым. Нормальное развитие молочной железы определяет способность к вскармливанию ребенка.

Нужно иметь в виду, что ранняя беременность в связи с повышенной функцией эндокринных желез может сопровождаться усиленным развитием вторичных половых признаков, в частности развитием и молочных желез, которые в связи с беременностью могут развиваться в полной мере значительно ранее достижения половой зрелости.

Наличие в должной степени умственного развития вообще и в частности в отношении воспитания ребенка и подготовленности к самостоятельному существованию устанавливается судом, если суд найдет это необходимым.

Следовательно, в своем заключении при определении половой зрелости эксперт может устанавливать ■ одних случаях безусловное достижение половой зрелости, ■ других — безусловное недостижение половой зрелости. Формулировка, в которой указывается, что свидетельствуемая «не вполне» достигла половой зрелости, исключается и не должна иметь места. Если свидетельствуемая не вполне достигла половой зрелости, следовательно, она ее не достигла. Иногда встречается преждевременное половое созревание девочки в очень раннем возрасте. Известны случаи и позднего полового созревания.

Преждевременное половое созревание. В литературе опубликованы наблюдения очень раннего появления признаков полового созревания и беременности. Такое состояние бывает связано с неправильной функцией желез внутренней секреции, яичников, шишковидной железы (главным образом ■ связи с развитием ■ них каких-нибудь опухолей: сарком, аденокарцином, тератом).

Карус и Ровле (цит. по М. Г. Сердюкову, 1957) наблюдали девочку, у которой менструации начались с 2 лет, а в 8 лет она забеременела. У другой девочки менструации появились на первом году жизни. В 9 лет она забеременела и родила жизнеспособного ребенка.

Вегэфриц описал беременность у 11-летней девочки с родоразрешением щипцами: вес плода был 3700 г. Менструации у нее начались с 10 лет. Размеры таза: между вертелами 30 см, между осями 26,5 см, между гребешками 22 см, наружная конъюгата 19,5 см (цит. по М. Г. Сердюкову).

М. Г. Сердюков приводит также наблюдение И. Х. Хижинского — беременность у девочки 6½ лет. Родоразрешение было проведено путем перфорации головки и извлечения плода, вес которого был 3000 г, длина 50 см, окружность головки 33 см. При родах были лишь незначительные разрывы шейки матки.

В наблюдении М. Г. Сердюкова девочка 10 лет 5 месяцев была освидетельствована для определения половой зрелости и половой неприкосновенности. У девочки были правильные менструации, по 3—4 дня через 28 дней; рост 155 см, окружность грудной клетки 83—85 см. Зубы в состоянии завершения смены молочных зубов; в верхней челюсти 11 зубов, в нижней — 12. Размеры таза: между вертелами 30 см, между осями 23 см, между гребешками 25 см, наружная конъюгата 18 см. Вторичные половые признаки: оволосение в подмышечных впадинах в виде отдельных волосков длиной 1,5—2 см; молочная железа конической формы размером 13×16 см, т. е. соответствует размерам железы 16—17-летнего подростка, соски не обособлены, околососковые кружки светло-коричневого цвета. Наружные половые органы: оволосение на лобке и больших половых губах выражено хорошо, волосы густые длиной 3—4 см, с за-

витками. Клитор не
ная плева кольцевид
через прямую кишку
10—9-летнему возра
вание правого голени
предплечья. Было
синностоз в концевых
ной кости заканчива
ческое развитие и ре
в 16—17 лет, хотя н
Как видим, в эт
зреванием наблюда
скелета.

Раннее половое
ставляет затруднен
дицинской практик
обследование необ
кринологом и при
В заключении экспе
ческие особенности
вого созревания у

Позднее половое
18 лет, когда полов
мере это может бы
с недостаточностью
задержка и общего
и вторичных половых
ного полового разв
статочное развитие н
связано с несоответс
в практике при суде
с различными проявл
в экспертизе желат
колога.

Необходимость у
возникает только в
тия (18 лет), а в т
16 лет (Армянская С
давская ССР, Украин

Установление пол
лости у юношей в су
ко. Поводом в уголо
ответственности за п
зрелости. В граждан
жет быть предъявлен
Период полового
10—11 лет или неск
ичные поллюции, т.
В течение 6—7 лет с
17—18 годам органи
В ряде случаев
позднее 18 лет — в 2
В течение период
тела, происходят сле
в объеме; кожные п

витками. Клитор не увеличен; малые губы развиты нормально, девственная плева кольцевидной формы, без повреждений. При исследовании через прямую кишку шейка и тело матки недоразвиты соответственно 10—9-летнему возрасту. Было произведено рентгенологическое исследование правого голеностопного сустава, правой кисти, дистального отдела предплечья. Было установлено: апофиз с телом пяточной кости сращен, синостоз в концевых фалангах закончен, а в основных фалангах и пяточной кости заканчивается. Синостоз в лучевой кости продолжается. Физическое развитие и рентгеноскопические данные соответствовали возрасту в 16—17 лет, хотя на самом деле девочке было 10 лет 5 месяцев.

Как видим, в этом случае в связи с преждевременным половым созреванием наблюдались преждевременное развитие и окостенение скелета.

Раннее половое созревание в диагностическом отношении не представляет затруднений и имеет весьма небольшое значение в судебно-медицинской практике. В случае преждевременного полового созревания обследование необходимо проводить совместно со специалистом-эндокринологом и при возможности и необходимости в условиях стационара. В заключении эксперта подробно описываются и объясняются все клинические особенности, причины и происхождение преждевременного полового созревания у обследуемого лица.

Позднее половое созревание наблюдается у лиц в возрасте после 18 лет, когда половая зрелость должна была наступить. В известной мере это может быть связано с условиями жизни и питанием, а также с недостаточностью функции половых желез. В этих случаях происходит задержка и общего развития организма, внутренних половых органов и вторичных половых признаков. Из других особенностей недостаточного полового развития можно отметить *гипогенитализм*, т. е. недостаточное развитие наружных и внутренних половых органов, что бывает связано с несоответствием возраста и степени полового созревания. Если в практике при судебно-медицинской экспертизе приходится встречаться с различными проявлениями позднего полового созревания, то к участию в экспертизе желательно привлекать эндокринолога и акушера-гинеколога.

Необходимость установления половой зрелости может возникать и возникает только в тех случаях, когда лицо не достигло совершеннолетия (18 лет), а в тех республиках, где брачный возраст установлен в 16 лет (Армянская ССР, Азербайджанская ССР, Грузинская ССР, Молдавская ССР, Украинская ССР), — брачного возраста.

Установление половой зрелости у юношей. Установление половой зрелости у юношей в судебно-медицинской практике встречается очень редко. Поводом в уголовных делах может быть привлечение к уголовной ответственности за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости. В гражданских делах иногда поводом к такой экспертизе может быть предъявление алиментных исков.

Период полового созревания у юношей начинается в возрасте около 10—11 лет или несколько позднее. С 14—16 лет у юношей появляются ночные поллюции, т. е. выделение спермы, содержащей сперматозоидов. В течение 6—7 лет с этого возраста происходит половое созревание, и к 17—18 годам организм юноши достигает половой зрелости.

В ряде случаев достижение половой зрелости у юношей наступает позднее 18 лет — в 20—22 года.

В течение периода полового созревания, помимо увеличения роста тела, происходят следующие изменения: половые органы увеличиваются в объеме; кожные покровы мошонки и полового члена становятся тем-

нее, пигментируются. Лет с 14—15 на лобке, мошонке начинают появляться волосы; оволосение появляется и в подмышечных впадинах. К концу периода полового созревания хорошо развиты волосы на лобке, где волосяной покров становится густым, волосы начинают завиваться; хорошо выражены и волосы в подмышечных впадинах.

В развитии волосяного покрова наблюдаются индивидуальные особенности, заключающиеся в том, что густота волосяного покрова, интенсивность его могут быть выражены в различной степени. Обычно у брюнетов волосяной покров выражен интенсивнее, чем у блондинов.

К 16 годам начинает появляться пушок на верхней губе, подбородке. И здесь волосяной покров появляется в виде отдельных, редко расположенных волос, а затем к 18 годам отмечается выраженная растительность — на верхней губе, подбородке, а также на щеках. Степень выраженности и развития волосяного покрова на верхней губе, подбородке и особенно на щеках также в известной степени зависит от индивидуальных особенностей организма. Развитие волосяного покрова у брюнетов и здесь происходит интенсивнее и более распространено, чем у блондинов (у последних на щеках волосяной покров может быть очень слабым).

К этому же времени, т. е. к 18 годам, появляются первые зубы мудрости (см. главу XXIV). Лет с 13—15 начинает изменяться голос, который становится более грудным и низким.

Период полового созревания завершается к 18—20 годам достижением половой зрелости. При этом наблюдаются значительные индивидуальные колебания, особенности в достижении половой зрелости, зависящие от ряда условий: условий жизни, питания, начала половой жизни, особенностей данного организма (особенно от функции желез внутренней секреции).

У юношей также может наблюдаться задержка половой зрелости, а в других случаях раннее половое созревание.

При установлении половой зрелости у юношей эксперт должен формулировать свои заключения так же, как и при проведении этой экспертизы у девушек.

Экспертиза установления половой зрелости не представляет никаких трудностей в тех случаях, когда половая зрелость наступает и все признаки ее хорошо выражены. Трудности возникают в тех случаях, когда признаки наступления половой зрелости выражены не ясно и не полностью — одни выражены хорошо, другие слабо.

Наступление половой зрелости происходит не в один день, а постепенно, в течение длительного времени, ряда лет, и точный срок наступления половой зрелости установить невозможно. Поэтому если у свидетельствуемой устанавливается достижение половой зрелости, то нельзя решать, например, такой вопрос, который иногда ставится органами расследования и судом перед экспертами: достигла ли свидетельствуемая половой зрелости год назад? На этот вопрос можно отвечать только в том случае, если свидетельствуемая и в настоящее время половой зрелости не достигла. Ясно, что и год назад она половой зрелости не достигла. Для суда же имеет значение установление факта, достигла свидетельствуемая половой зрелости или не достигла.

Пример. М., 17 лет 6 месяцев, по профессии слесарь, направлен на освидетельствование для определения половой зрелости.

Обстоятельства дела. 1/1 1966 г. М. пытался совершить половой акт с несовершеннолетней Л. и был задержан. Первый половой акт был 1½ года назад. В детстве перенес скарлатину, корь, свинку, в дальнейшем часто болел ангиной, гриппом. Поллюции бывают. Жалоб не предъявляет.

На разрезе...
вой зрелости...
Объективные данные...
досы на верхней губе и...
9 см. окружности в среднем...
мальной величины, безб...
ная железа не увеличена...
консистенция эластичная...
лезы хорошо определяются...
появилась полная эрекция...
ружность в средней трети...
Заключение. На...
дует считать, что М., 17...
тивных данных, указыва...
обнаружено.

Ниже приводятся
гии пубертатного воз...
(табл. 10, 11, 12, 13, 14)

Последовательности
в зависимости

Возраст в годах	
9—11	Начало роста
11—12	Активность
12—13	Значительны го типа
13—14	Быстрый рос сковой оболочк
14—15	Рост волос в ление волос на эякуляция
15—16	Созревание
16—17	Оволосение л сперматозоидов
17—21	Остановка ро
9—10	Рост костей
10—11	Куполообразн бутона). Появл
11—12	Изменения з талей
12—13	Развитие ж ковому кружи обладать, обра тация сосков. кислую
13—14	Первые менс
14—15	Рост волос в нерегулярные
15—16	Резкие измен
16—17	Угри, более Обычно наст

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы: 1) достиг ли М. половой зрелости; 2) может ли он совершать половой акт.

Объективные данные: рост 170 см, окружность груди 93—100—92 см; зубов 32. Волосы на верхней губе и подбородке не бреет. Голос грубоватый. Половой член длиной 9 см, окружность ■ средней трети 8 см, нормального строения. Яички в мошонке, нормальной величины, безболезненны при пальпации, придатки не уплотнены. Предстательная железа не увеличена ■ размерах; обе доли одинаковые, поверхность их гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка хорошо прощупывается. Границы железы хорошо определяются. Семенные пузырьки не прощупываются. При исследовании появилась полная эрекция полового члена. Длина его ■ состоянии эрекции 15 см, окружность ■ средней трети 10,5 см.

Заключение. На основании судебно-медицинского освидетельствования следует считать, что М., 17 лет 6 месяцев, половой зрелости достиг. Каких-либо объективных данных, указывающих на невозможность совершения им полового акта, не обнаружено.

Ниже приводятся справочные материалы из «Физиологии и патологии пубертатного возраста» (под ред. Б. Братанова и К. Кубат, 1965) (табл. 10, 11, 12, 13, 14).

Таблица 10

Последовательность появления половых признаков у мальчиков и девочек в зависимости от возраста (по Петеру и Писаржевичевой)

Возраст в годах	Последовательность появления половых признаков
М а л ь ч и к и	
9—11	Начало роста яичек и полового члена
11—12	Активность простаты, рост гортани
12—13	Значительный рост яичек и полового члена. Рост волос на лобке женского типа
13—14	Быстрый рост яичек ■ полового члена, узлообразное уплотнение околоосковой оболочки. Начало изменения голоса
14—15	Рост волос ■ подмышечных впадинах, дальнейшее изменение голоса, появление волос на лице, дальнейший рост яичек, пигментация мошонки, первая эякуляция
15—16	Созревание сперматозоидов
16—17	Оволосение лобка (мужского типа). Рост волос по всему телу, появление сперматозоидов
17—21	Остановка роста скелета
Д е в о ч к и	
9—10	Рост костей таза, округление ягодиц, незначительное приподнятие сосков
10—11	Куполообразное приподнятие молочной железы (так называемая стадия бутона). Появление волос на лобке
11—12	Изменения эпителия влагалища, увеличение внутренних и наружных гениталий
12—13	Развитие железистой ткани молочных желез и прилегающих к околоосковому кружку участков. Околоосковая область, однако, продолжает преобладать, образуя на вершине молочной железы заостренный конус. Пигментация сосков. Щелочная реакция вагинального секрета переходит ■ сильно кислую
	Первые менструации
13—14	Рост волос ■ подмышечных впадинах. Менструации в большинстве случаев нерегулярные
14—15	Резкие изменения формы ягодиц, таза, чаще всего возможна беременность
15—16	Угри, более низкий голос, регулярные менструации
16—17	Обычно наступает остановка роста скелета

Пятибалльная система для оценки полового созревания мальчиков
(по Блеха)

Таблица 11

Балл	Главный признак классификации	Контрольные признаки	Описание признаков	Биологическая принадлежность
I	Мошонка	Форма тела еще детская	Кожа мошонки лишена пигментации, ■ розовые складки не высоки. Яички находятся в мошонке или расположены ниже наружного отверстия пахового канала. Размеры мошонки для яичек «тесноваты»	Пубертатный период
II	Мошонка	Молочные железы	Мошонка характеризуется короткими складками, расположенными ■ направлении от корня полового члена к яичкам; последние располагаются на дне мошонки и увеличены. Нижняя часть мошонки с яичками шарообразно расширена, а ее кожа все еще лишена пигментации. Вокруг корня полового члена появляются темные, редкие волоски. Молочные железы ■ «состоянии покоя», околососковые кружки розового цвета	Пубертатный период I
III	Мошонка	Подмышечная впадина Мошонка	Коническая форма молочных желез. В подмышечной впадине гиперплазия апокриновых желез. Мошонка удлинена, начинает «висеть». Вырисовываются продольные складки, ■ коже мошонки начинает откладываться пигмент и образуются многочисленные мелкие складочки	Пубертатный период II «Середина» периода наружных изменений
IV	Мошонка	Молочные железы, подмышечные впадины Щитовидный хрящ гортани	На мошонке видны хорошо выраженные продольные складки. Пространство мошонки над яичками увеличивается; стенка мошонки ■ этом месте вялая, расслаблена. Мошонка диффузно пигментирована. Околососковые кружки пигментированы, а их кожа сложена ■ нежные складочки. Железистая ткань уплотнена. В подмышечной впадине оволосение выявляется лишь ■ местах расположения апо-	Пубертатный период III

Балл	Главный признак классификации
V	Гениталии
Средний возраст	
Возраст в годах	
9-10	
10-11	Начало роста члена
11-12	Активность роста члена
12-13	Рост волос на члене. Уплотнение ласты
13-14	Быстрый рост члена. Уплотнение ласты
14-15	Рост волос в паху. Уплотнение ласты
15-16	Рост волос на лице. Зрелые сперматозоиды. Волосы на ластах. Остановка роста
16-17	
21	

Балл	Главный признак классификации	Контрольные признаки	Описание признаков	Биологическая принадлежность
V	Гениталии	Признаки указывают на завершение процесса созревания тела	криновых желез (верхняя часть впадины), ■ не у вершины впадины. Щитовидный хрящ гортани слегка выступает при запрокидывании головы. На лице, а именно над верхней губой и на подбородке, вырастает пушок. Появляются первые угри Мошонка диффузно пигментирована. Яички полностью спустились на дно вялой мошонки. Выявляется несколько продольных складок, идущих от корня полового члена ко дну мошонки. Вдоль семявыносящего протока прощупываются извилистые вены. Головка полового члена значительно увеличилась. На коже полового члена наблюдаются извилистые, слабо наполненные вены. Подмышечные впадины усеяны длинными волосами	Постпубертатный период

Таблица 12

Средний возрастной показатель и последовательность появления половых признаков у обоих полов
(по Л. Уилкинс, 1963)

Возраст в годах	Мальчики	Девочки
9—10	—	Рост костей таза. Рост сосков
10—11	Начало роста яичек и полового члена	Начало роста молочных желез. Рост волос на лобке
11—12	Активность простаты	Изменения эпителия влагалища. Рост наружных и внутренних гениталий
12—13	Рост волос на лобке	Пигментация сосков Увеличение молочных желез
13—14	Быстрый рост яичек и полового члена. Уплотнение околососковой области	Рост волос ■ подмышечной области. Начало менструаций (в среднем 13 ¹ / ₂ лет, колебания от 9 до 17 лет). Первые менструации несколько лет могут быть без овуляции
14—15	Рост волос в подмышечной области, пушок на верхней губе. Изменение голоса	Самая ранняя нормальная беременность
15—16	Зрелые сперматозоиды (в среднем 15 лет, колебания от 11 ¹ / ₄ до 17 лет)	Угри. Более низкий голос
16—17 21	Волосы на лице и туловище. Угри Остановка роста скелета	Остановка роста скелета

Преждевременное половое развитие
(по Л. Уилкинс, 1963)

Таблица 13

Причина	Мальчики	Девочки	Симптомы
Поражение мозга	Опухоль мозга, Энцефалит. Врожденный дефект гипоталамуса	Опухоль мозга. Энцефалит. Врожденный дефект гипоталамуса. Синдром дисплазии костей и пигментации кожи	Яички или яичники развиваются нормально. Сперматогенез или овуляции возможны. Половые гормоны выделяются в количестве, свойственном нормальному пубертатному развитию
Идиопатическая активация гипофиза	Конституциональный тип	Конституциональный тип	
Поражение половых желез	Опухоль интерстициальных клеток. Тератома	Гранулезо-клеточная опухоль. Тератома. Хорионэпителиома. Лютеома или текома	Опухоль одной половой железы, другая половая железа или не зрелая, или атрофичная. Сперматогенез или овуляция не происходит. Половые гормоны выделяются в чрезмерном количестве
Поражение надпочечников	Врожденная гиперплазия. Опухоль. Послеродовая гиперплазия		Яички обычно небольшие и незрелые, иногда увеличены и содержат аберрантную ткань надпочечников. Сперматогенез не происходит. Андрогены выделяются в чрезмерном количестве. При врожденной гиперплазии может быть недостаточность коры надпочечника

Наиболее распространенные формы отклонений роста и развития
(по Л. Уилкинс, 1963)

Таблица 14

Период	Врожденные аномалии	Конституциональные вариации или временные нарушения эндокринного равновесия	Эндокринные расстройства
Предъюношеский (до 9 лет)	Болезнь Дауна. Гипертелоризм. Врожденные дефекты мозга. Хондродистрофия. Множественный дизостоз. Первичный нанизм. Интерсексы	Преждевременное развитие молочных желез. Преждевременное вторичное оволосение. Конституциональный тип преждевременного полового развития	Гипотиреоз. Гипофизарный нанизм. Псевдогермафродитизм — врожденная гиперплазия надпочечников. Преждевременное половое развитие — гипоталамическое, надпочечниковое и связанное с половыми железами. Синдром Олбрайта — преждевременное половое развитие, пигментация и фиброзная дисплазия

Продолжение

Период	Врожденные аномалии	Конституциональные вариации или временные нарушения эндокринного равновесия	Эндокринные расстройства
Юность (9—17 лет)	Первичный нанизм. Врожденные небольшие или большие половые органы или молочные железы	Запоздалый рост и половое развитие. Вариации полового развития. Чрезмерное оволожение у девочек. Нерегулярные менструации. Юношеская гинекомастия. Ожирение алиментарное или конституциональное	Гипертиреоз, гипотиреоз и простой зоб. Гипофизарный нанизм. Половой инфантилизм — гипоталамический, гипофизарный и связанный с половыми железами. Адено-гитальный синдром. Синдром Кушинга. Гипоталамическое ожирение
После юности (старше 17 лет)	Первичный нанизм		Гипофизарный нанизм и половой инфантилизм. Половой инфантилизм — гипоталамический, гипофизарный и связанный с половыми железами. Синдром дисгенеза половых желез и нанизм

Блеха в предложенной им классификации старается определить степень полового развития на основании нескольких показателей; решающим, однако, остается состояние основного показателя, и большинстве случаев половых органов. Вспомогательными показателями полового развития этот автор считает у мальчиков коническую форму молочной железы, и у девушек — начало менструаций. У мальчиков такая форма молочной железы соответствует III стадии полового развития, а у девушек начало месячных соответствует IV стадии.

Для точной оценки важно использовать схему еще одного объективного признака — возраст развития костей (костный возраст).

Приводим схему, которую предложил Блеха:

IV и III степень костного возраста соответствует III стадии половой зрелости;

II степень костного возраста относится к началу IV стадии половой зрелости;

I степень костного возраста соответствует III стадии полового развития;

1—0 степень костного возраста соответствует V стадии полового развития.

Эта схема, применимая для обоих полов, может быть использована и качестве биологического мерила эндокринной функции половых желез и данных о начале менструаций.

Важно иметь в виду соотношение между возрастом развития костей и началом менструаций. Пятая степень костного возраста наблюдается только у девушек, у которых еще не начались менструации. Нулевая степень (исчезновение всех эпифизарных щелей) наблюдается исключительно у девушек, у которых месячные начались по крайней мере 2 года назад. Таким образом, приблизительно через 2 года после начала менструаций прекращается рост тела в длину. Начало исчезновения эпифизарных щелей в малых костях следует ожидать уже с самого появления месячных. Одновременно наступает резкое замедление роста в длину. Третья степень костного возраста, которую можно достоверно определить, наступает не позже чем через 6 месяцев после начала менструаций.

Показатели развития гениталий (пятибалльная система Таннера)

I. Препубертатный период. Яички, мошонка и половой член почти такой же величины, как в детстве.

II. Увеличение мошонки и яичек. Покраснение кожи мошонки и изменение ее рельефа. Половой член или вообще не увеличивается, или увеличивается в весьма незначительной степени.

III. Увеличение полового члена главным образом в длину. Дальнейшее увеличение яичек и мошонки.

Оволосение и выражение лица						
Мутация голоса						
Грудные железы						
Оволосение подмышечной ямки						
Развитие тела						
Половой член						
Длина в см	3-8	4,5-9	4,5-12	8-15	9-15	
Окружность в см	3-5	4-6	4-8	4,5-10	6-10	
Окружность яичек в см	0,3-1,5	1,7-6	1,7-13	2-20	6-20	
Предстательная железа						
10	12	Возраст в годах			15	18

Рис. 52. Схема изменений, наступающих в пубертатном возрасте у мальчиков (Нельсон, 1959).

IV. Дальнейший рост полового члена, обусловленный увеличением его объема и развитием головки. Дальнейший рост яичек и мошонки, усиление пигментации кожи и мошонки.

V. Форма и величина половых органов, как у взрослого мужчины.

Степень развития оволосения лобка (пятибалльная система Таннера для мальчиков и девочек)

I. На лобке еще нет волосяного покрова.

II. Редкий покров, состоящий из длинных, прямых, иногда слегка волнистых и несколько пигментированных волос; волосы главным образом вырастают у корня полового члена или вдоль больших срамных губ.

III. Волосяной покров становится более темным и курчавым; редкие волосы окружают переднюю спайку срамных губ и корень полового члена.

IV. Волосы похожи на волосяной покров у взрослых, но покрывают значительно меньшую поверхность. Волосяной покров еще не распространяется на внутреннюю поверхность бедер.

V. Волосяной покров, как у взрослых (женский тип с горизонтальной линией): волосы разрастаются и на внутренней поверхности бедер, не прорастая, однако, кверху.

Приблизительно у 80% мужчин и у 10% женщин волосяной покров лобка распространяется до пупка (мужской тип оволосения), в таком случае оволосение относят к VI стадии развития волосяного покрова (примерно в возрасте 25 лет).

В характере оволосения подмышечных впадин у мальчиков и девочек нет большого различия.

Степень развития оволосения в этой области тоже определяется по пятибалльной системе.

I. В подмышечных впадинах еще нет волос.

II. Появление отдельных прямых волос в подмышечных впадинах.

III. Редкое оволосение подмышечных впадин.

IV. Легкая курчавость волос.

V. Более густое оволосение; волосы курчавые, пигментация передней складки.

I. Препубертатная
II. Форма
бутона, распахивающегося
III. Дальнейшее развитие
который, одна из стадий
IV. Увеличение объема
окончательной формы
окружающими тканями
V. Зрелая форма
который не претерпевает
Согласно
девушек.

Диаметр
железы. Увеличение
но главным образом за счет

До начала пубертата
пола приблизительно
ки у мальчиков
размеры: у мальчиков
35,5 мм) (рис. 53).

По К. Я.

Нулевая стадия

Стадия I
у девочек около 10 лет

Стадия II
меняется; у девочек

Стадия III
на большом протяжении
молочная железа



Рис. 53. Стадии развития молочных желез (по К. Я. Нулевой стадии)

Показатели развития молочных желез у девушек

- I. Препубертатная стадия, соски слегка выступают (детский тип).
 - II. Форма бутона — околососковый кружок вместе с соском выступают в виде бутона, расширение пигментированного кружка.
 - III. Дальнейшее увеличение молочных желез и диаметра околососкового кружка, который, однако, еще не приподнимается над окружающим участком кожи.
 - IV. Увеличение и приподнятие молочных желез на площади, соответствующей окончательной их форме; вторичное приподнятие околососкового кружка и соска над окружающими участками кожи молочной железы.
 - V. Зрелая форма молочной железы: сосок выступает выше околососкового кружка, который не поднимается выше поверхности типично развившейся молочной железы.
- Согласно данным Таннера, IV стадия наблюдается приблизительно у 50% всех девушек.

Диаметр околососкового кружка увеличивается по мере развития молочной железы. Увеличение молочных желез, т. е. приподнятие их кожных частей, обусловлено главным образом отложением подкожного жира и его гиперплазией.

До начала пубертатного периода диаметр околососковых кружков у детей обоего пола приблизительно одинаков. В период пубертатного развития околососковые кружки у мальчиков растут менее интенсивно, чем у девушек (Таннер приводит следующие размеры: у мальчиков 12,5 мм, у взрослых мужчин 21,5 мм, у взрослых женщин 35,5 мм) (рис. 52, 53, 54, 55).

По К. Я. Фараджевой (1962) различают четыре стадии полового созревания.

Нулевая стадия — вторичные половые признаки еще отсутствуют.

Стадия I — волосистость на лобке незначительная, волосы гладкие, голос детский; у девочек околососковый кружок слегка приподнят.

Стадия II — появление волос на верхней губе и щеках у мальчиков; голос начинает меняться; у девочек молочная железа оформилась.

Стадия III — у мальчиков голос изменился; волосы на лобке вьются, сильно развит на большом протяжении волосяной покров в подмышечных впадинах; у девочек зрелая молочная железа, менструации.



Рис. 53. Стадии развития (1—5) наружных половых органов у мальчиков (по Таннеру).

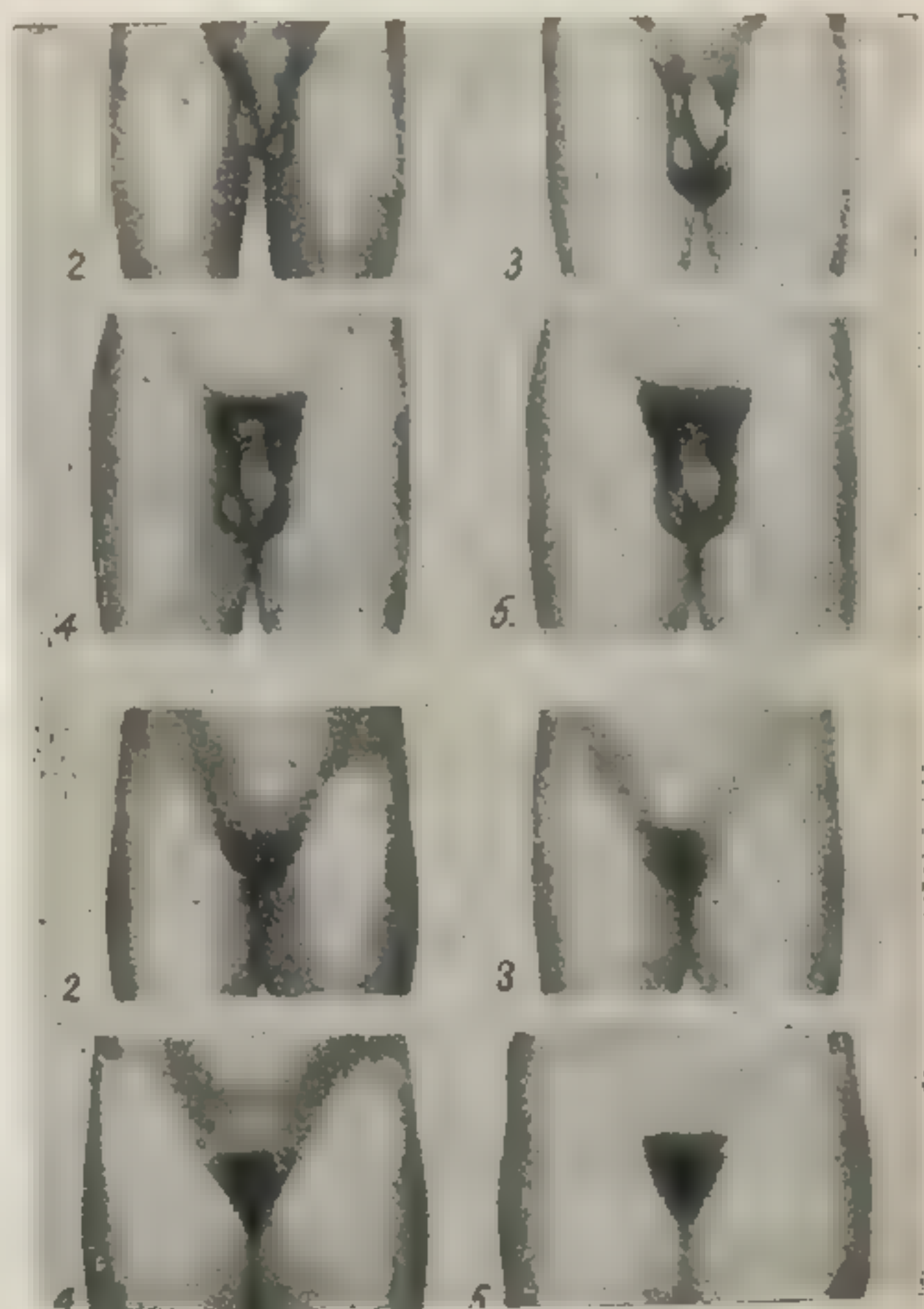


Рис. 54. Стадии развития (2—5) оволосения лобка у мальчиков и девочек (по Таннеру).

Методика установления половой зрелости

Заключение судебно-медицинской экспертизы по поводу установления половой зрелости должно содержать исчерпывающие сведения, убедительно обосновывающие вывод экспертизы о достижении или недостижении половой зрелости.

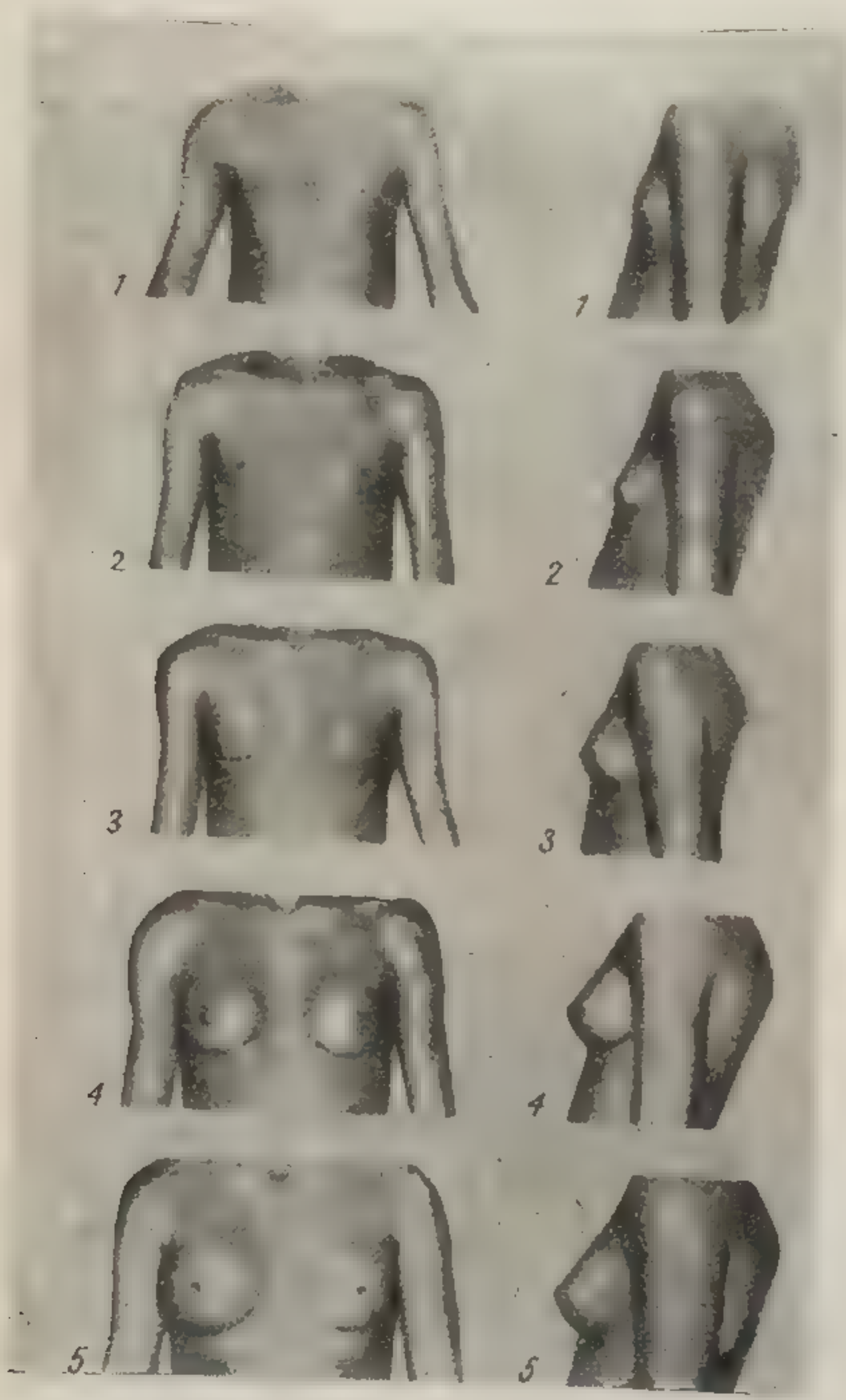


Рис. 55. Стадии развития (1—5) молочных желез у девочек (по Таннеру).

какого времени. Характер менструаций — болезненные, безболезненные, обильные, скудные, умеренные. Длительность менструального периода в днях. Должны быть указаны и имеющиеся отклонения. Половая жизнь.

Указывается, не была ли половая жизнь или была. Когда началась (год, месяц), регулярная или нерегулярная. Были ли беременности, их количество, роды срочные, преждевременные, аборт (сколько и на каком месяце). Кроме специального анамнеза, необходимо собрать сведения о перенесенных заболеваниях инфекционного и неинфекционного характера и об оперативных вмешательствах и по какому поводу.

Опрос малолетних необходимо производить в присутствии родите-

лей (если это педагога. После того мент экспертизы лица. Критерием тельствующие физические ра ность головы, размеры таза, органов). Однако сам размеры таза, разрешению.

Анаmnестические данные должны быть исчерпывающими и включать общие сведения и специальный анамнез.

В общие сведения входят: дата рождения (год, месяц, число); место рождения и жительство в других местностях (если это имело место); материально-бытовые условия (жилище, питание, обеспеченность, занятие родителей); учение в школе, степень грамотности и общее умственное развитие. Специальный анамнез включает сведения, относящиеся к функции половых органов. Он включает сведения: о менструациях (имеются или нет), дата первой менструации (год, возраст, месяц), когда установились, сразу или нет, регулярные ли и с

лей (если это педагога. После того мент экспертизы лица. Критерием тельствующие физические ра ность головы, размеры таза, органов). Однако сам размеры таза, разрешению.

20 января 1967 г. юриста III класса Бюро судебно-медицинской экспертизы тов П. И. в гин Людмила Афанасовича неприкосновенности.

Обстоятельства Романов К. И. с которой работает и Следователем

1. Достигла ли она

же достигла ли она

2. Жила ли г

вить с какого вр

При смотре

жения, удовлетвори

вес 54 кг, окружн

правильной форм

размером 24x26 с

выделений нет. Во

На бедрах, плечах

подкожная жиров

половыми губами,

лишь розового цв

ная плева мясист

Соответственно ци

вания. Края разри

влагалище свобод

выражены. Матка

ляются.

Специальный

лей. Половой жиз

ни к кому претенз

Выводы. На с

ными вопросами с

вой зрелости дости

имело место и 3 м

Целость девств

шения в настоящее

Судеб

Гинеко

Права и обяз

и 182 УК РСФСР

18 м и. Авдеев

Судеб

лей (если это не оказывает влияния на поведение исследуемого) и педагога.

После того как подобный анамнез собран и занесен в документ экспертизы, переходят к осмотру и измерениям исследуемого лица.

Критерием достижения половой зрелости являются данные, свидетельствующие о достижении завершения физического развития (общее физическое развитие: рост, вес, окружность грудной клетки, окружность головы, ширина плеч, окружность конечностей, количество зубов, размеры таза, развитие скелета, внутренних и наружных половых органов).

Однако самым существенным признаком половой зрелости являются размеры таза, определяющие способность к вынашиванию плода и родоразрешению.

Заключение судебно-медицинского эксперта

20 января 1967 г. на основании постановления следователя прокуратуры города Н., юриста III класса Петрова Ю. Г., от 19 января 1967 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы города Н. Николаев С. Г. и гинеколог Семенов П. И. в гинекологическом отделении больницы произвели осмотр гр-ки Черновой Людмилы Афанасьевны, 16 лет 7 месяцев, для определения половой зрелости и половой неприкосновенности.

Обстоятельства дела. Из постановления следователя известно, что гр-н Романов К. И. с октября 1966 г. вступил в половую связь с гр-кой Черновой Л. А., которая работает и учится в вечерней школе.

Следователем поставлены перед экспертом следующие вопросы:

1. Достигла ли гр-ка Чернова Л. А. половой зрелости в настоящее время, и также достигла ли она половой зрелости в октябре 1966 г.?

2. Жила ли гр-ка Чернова Л. А. половой жизнью и если да, то можно ли установить с какого времени?

При осмотре гр-ки Черновой Л. А. обнаружено следующее: правильного телосложения, удовлетворительного питания, мышечная система хорошо развита, рост 155 см, вес 54 кг, окружность груди 84 см, размеры таза 22×26×30×20 см. Грудная клетка правильной формы, молочные железы хорошо развиты, шаровидной формы, плотные, размером 24×26 см, соски и околососковые кружки хорошо пигментированы, из сосков выделений нет. Волосистой покров подмышечной впадины и на лобке развит нормально. На бедрах, плечах, в области молочных желез, лобка и наружных половых органов подкожная жировая клетчатка хорошо развита. Половая щель закрыта большими половыми губами, малые губы выступают из-под больших, слизистая входа во влагалище розового цвета. Наружные половые органы сформированы правильно. Девственная плева мясистая, высокая, кольцевидной формы, с толстым закругленным краем. Соответственно цифрам 2 и 6 циферблата часов имеются разрывы, достигающие до основания. Края разрывов закруглены, утолщены, белесоватого цвета, отверстие входа во влагалище свободно пропускает два пальца. Складки слизистой влагалища хорошо выражены. Матка хорошо развита, зев ее несколько щелевидный, придатки не определяются.

Специальный анамнез: менструации с 12 лет, по 3—4 дня, через 3 недели, без болей. Половой жизнью живет с октября 1966 г. В половую связь вступила добровольно, ни к кому претензий не предъявляет.

Выводы. На основании осмотра гр-ки Черновой Л. А. в соответствии с поставленными вопросами следует: по своему физическому развитию гр-ка Чернова Л. А. половой зрелости достигла в настоящее время и, судя по ее физическому развитию, это имело место и 3 месяца назад.

Целость девственной плевы у гр-ки Черновой Л. А. нарушена; давность ее нарушения в настоящее время установить не представляется возможным.

Судебно-медицинский эксперт
Гинеколог

(подпись)
(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Глава XVII

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ПОЛОВОМУ СНОШЕНИЮ, ОПЛОДОТВОРЕНИЮ, ЗАЧАТИЮ

Экспертиза установления способности к половому сношению и оплодотворению у мужчин и способности к половому сношению и зачатию у женщин может иметь место в уголовных и гражданских делах.

Установление производительной способности у мужчин

Поводом к такой экспертизе в уголовных делах являются обычно преступления, связанные с изнасилованием или нарушением половой неприкосновенности, когда обвиняемый отрицает у себя способность к половому сношению и оплодотворению вследствие каких-либо заболеваний, импотенции. В гражданских делах такая экспертиза производится иногда в связи с предъявлением алиментных исков.

Способность к воспроизведению потомства у мужчин складывается из способности к половому сношению и способности к оплодотворению. Способность к половому сношению и способность к оплодотворению могут быть и независимо одна от другой. Мужчина может быть способен к половому сношению и в то же время у него может отсутствовать способность к оплодотворению. И наоборот, при отсутствии способности к половому сношению мужчина иногда может сохранить способность к оплодотворению. Поэтому при экспертизе установления производительной способности приходится устанавливать способность к половому сношению и способность к оплодотворению.

Установление способности к половому сношению. При подобного рода экспертизе должна устанавливаться, собственно говоря, неспособность к половому сношению. При экспертизе должны быть получены данные, которые могут доказывать, что обследуемое лицо не способно к половому сношению. Следовательно, при экспертизе речь идет о диагностике половой слабости — импотенции.

Способность к половому сношению у мальчиков возникает значительно ранее наступления половой зрелости. Эрекция полового члена, необходимая для введения полового члена во влагалище, может появляться уже в 10—12 лет.

Половую жизнь некоторые субъекты начинают очень рано. С развитием половых желез способность к половым сношениям устанавливается и сохраняется в зрелом возрасте полностью. Постепенное ослабление потенции начинается к 50 годам. Ее угасание обычно наблюдается в возрасте 60—70 лет, когда она исчезает. Однако не составляет особой редкости наличие потенции и 80 лет и позднее, с сохранением одновременно и способности к оплодотворению. Следовательно, физиологические пределы способности к половому сношению и оплодотворению не могут быть ограничены определенным возрастом у мужчин, как это наблюдается в отношении способности к зачатию у женщин, и в отдельных случаях могут сохраняться до глубокой старости. Поэтому при экспертизе и оценке способности к половому сношению и оплодотворению возрастные критерии могут иметь лишь относительное значение. Эксперту необходимо учитывать наблюдающиеся в практике частые отклонения.

Неспособ-
импотенция
ской практи-
щего возра-
с половым
ным других
выше.

Половое
сопровождая
психические
слабостью,
симптом пе-
является ос-
ми расстрой-
говду кото-
ский предла-

I. Кортика
1) с повы
2) с повы
3) с извр

II. Спинал

1) с повы
2) с повы
эрекционного
3) с пони
центров;
4) с пони
функцией эрек-
III. Импоте
IV. Эндокр
V. Импотен

Кортикал
скими и фун
другие орган
ной системы
сто. Здесь
(туберкулез,
рение); хро
и др.); психи

Спинальн
первичным по
спинномозгов
травма спин
множественны

связаны с ра
Импотенци
нейрорецептор
ческих рецепт
вого члена, в
тре (семенном
скими процесс
после травмы,

Неспособность к половому сношению, жалобы на половую слабость, импотенцию, представляют собой довольно частое явление в медицинской практике и относятся они главным образом к лицам самого цветущего возраста. По данным И. М. Порудоминского (1960), 64% больных с половыми расстройствами были в возрасте от 20 до 40 лет, а по данным других авторов, процент больных в этом возрасте значительно выше.

Половое бессилие может наблюдаться и наблюдается как симптом, сопровождающий различные заболевания — соматические, нервные, психические. Многие тяжелые заболевания сопровождаются половой слабостью, половым бессилием. При одних тяжелых заболеваниях этот симптом перекрывается другими, более тяжелыми симптомами и не является основным. При других заболеваниях, с менее тяжелыми общими расстройствами, этот симптом становится главным, основным, по поводу которого больные и обращаются к врачам. И. М. Порудоминский предлагает следующую классификацию полового бессилия.

Классификация полового бессилия

I. Кортикальная (церебральная) импотенция:

- 1) с повышением тормозящего влияния на половую функцию;
- 2) с повышением возбуждающего влияния на половую функцию;
- 3) с извращением половой функции.

II. Спинальная (кортикоспинальная) импотенция:

- 1) с повышением возбудимости эрекционного и эякуляционного центров;
- 2) с повышением возбудимости эякуляционного и понижением возбудимости эрекционного центра;
- 3) с понижением (отсутствием) возбудимости эрекционного и эякуляционного центров;
- 4) с понижением (отсутствием) возбудимости эякуляционного и нормальной функцией эрекционного центра.

III. Импотенция вследствие заболевания половых органов (нейрорецепторная).

IV. Эндокринная импотенция.

V. Импотенция вследствие механических препятствий.

Кортикальная (церебральная) импотенция обусловлена органическими и функциональными заболеваниями головного мозга (травма и другие органические и функциональные заболевания центральной нервной системы). Эта форма полового бессилия встречается наиболее часто. Здесь имеют значение хронические инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис и др.); нарушение обмена веществ (диабет, ожирение); хронические интоксикации (алкоголь, никотин, наркомания и др.); психические травмы.

Спинальная (кортикоспинальная) форма импотенции обусловлена первичным поражением органического или функционального характера спинномозговых половых центров; к таким поражениям относятся: травма спинного мозга в области соответствующих центров, миелит, множественный склероз, спинная сухотка и др.; поражения могут быть связаны с различными интоксикациями и хроническими инфекциями.

Импотенция вследствие заболеваний половых органов — форма нейрорецепторной импотенции; она обусловлена поражением периферических рецепторов афферентных путей, расположенных в головке полового члена, в предстательной железе, семенных пузырьках, задней уретре (семенном бугорке), и возникающими в этих отделах патологическими процессами. Изменения могут быть вызваны, например, рубцами после травмы, ожогов или заболеваний, а также понижением нормаль-

ной чувствительности головки вследствие органических заболеваний спинного мозга или травмы спинного мозга. Они могут вызываться воспалением предстательной железы (простатитом) и довольно часто сопровождаться понижением половой функции. Простатит может протекать в различных формах: атонии предстательной железы или ее гипертрофии. Так как предстательная железа имеет тесную связь с половой функцией, то различные нарушения ее функции могут сказываться и расстройством половой функции.

Воспаление семенных бугорков также может быть одной из причин нарушения половой функции. Большую роль в нарушении половой функции вследствие поражения предстательной железы и яичек играет гонорея.

Эндокринная импотенция обусловлена понижением или полным прекращением гормональной функции яичек (гипогонадизм). Первичный гипогонадизм может быть обусловлен причинами, непосредственно оказывающими вредное влияние на яички; вторичный гипогонадизм обусловлен первичным поражением других желез внутренней секреции (гипофиза, щитовидной железы, надпочечников) и нарушением коррелятивной связи с яичками. Первичный гипогонадизм может проявляться в виде двустороннего недоразвития обоих яичек, что сопровождается евнухоидизмом или крипторхизмом (т. е. задержкой яичек в брюшной полости или паховом канале). К первичному гипогонадизму приводит травма обоих яичек, а также многие инфекционные заболевания, дающие в качестве осложнения воспаление яичек (туберкулез, эпидемический паротит, паратиф).

Выраженные расстройства наступают в тех случаях, когда имеются поражение и гибель обоих яичек, сопровождающиеся их атрофией или кастрацией. При поражении одного яичка половая функция может полностью сохраниться. Если удаление яичек (кастрация) произошло в зрелом возрасте, то резких изменений общего состояния организма может не наступить и в течение более или менее длительного времени такие субъекты могут сохранять половую способность.

Из других вредных влияний имеет значение, например, недостаточное или неполноценное питание, особенно отсутствие витаминов А, Е, воздействие высокой температуры, что может иногда сопровождаться «тепловой кастрацией». Поэтому необходимо обращать внимание на условия работы свидетелеваемого. Такого же действия рентгеновых лучей и другой активной радиации. Могут нарушать половое влечение и потенцию психическая травма и, наконец, возраст.

Вторичный гипогонадизм может быть обусловлен поражением других желез внутренней секреции. При поражении гипофиза можно наблюдать евнухоидизм, нанизм, гигантизм, адипозо-генитальную дистрофию, при которых появляются расстройство и полное отсутствие половой функции. Заболевания щитовидной железы, надпочечников и зобной железы также могут сопровождаться расстройством половой функции.

Импотенция вследствие механических препятствий может быть обусловлена как заболеваниями полового аппарата, так и пороками развития половых органов и окружающих их тканей. Из пороков развития половых органов встречаются гипоспадия, эписпадия, недоразвитие полового члена, другие пороки его развития. Механическим препятствием может явиться пахомошоночная грыжа, водянка яичка, слоновость мошонки, полового члена. Из других заболеваний практическое значение имеет пластическая индукция полового члена.

Формы полового бессилия, его симптомы и причины сведены И. М. Порудоминским в таблицу (табл. 15).

Формы п
бессил
Корти
импоте
1. С повыш
злого влияни
функцию:
а) С торможе
возбудимости (г
чения)

б) С торможе
онной функции

в) С торможен
ционной функции
ной асперматизм)

2. С повышени
дающего влияни
ые центры

Спинальная им
1. С повышени
мости центров
эякуляции

Таблица 15

Форма полового бессилия	Основные симптомы	Основные причины
<p>Кортикальная импотенция:</p> <p>1. С повышением тормозящего влияния на половую функцию:</p> <p>а) С торможением половой возбудимости (полового влечения)</p> <p>б) С торможением эрекционной функции</p> <p>в) С торможением эякуляционной функции (кортикальной асперматизм)</p> <p>2. С повышением возбуждающего влияния на половые центры</p>	<p>Половое влечение понижено. Эрекция как адекватная, так и спонтанная появляется редко, иногда ослаблена или совсем отсутствует. Оргазм при половом акте понижен</p> <p>Половое влечение нормально. Адекватная эрекция или совсем не появляется, или, возникая, исчезает перед самым началом полового акта; не бывает при этом и эякуляции. Спонтанная эрекция обычно сохраняется, но может не появляться, когда в результате постоянной и чрезмерной фиксации внимания на половых органах тормозится ее появление</p> <p>Половое влечение и эрекция нормальны, однако эякуляция, как долго ни длился половой акт, не наступает, при этом бывают поллюции с оргазмом</p> <p>Преждевременное семяизвержение, наступающее иногда до начала полового акта. Эрекция нормальна или недостаточна, иногда совсем не появляется и тогда эякуляция наступает при отсутствии эрекции. Учащенные поллюции. Симптомы более или менее выраженной общей неврастении</p>	<p>Приобретенные органические и функциональные заболевания головного мозга, вызванные соматическими (инфекционно-токсические заболевания, расстройства обмена веществ, интоксикация никотином, алкоголем и др.) и психогенными (тяжелые переживания, чрезмерная умственная деятельность и т. п.) факторами. Общая неврастения (гипостеническая форма). Врожденная гипестезия</p> <p>Неуверенность в своих половых способностях и различного рода страхи: боязнь неудачи, заражения венерической болезнью, возможности нежелательного оплодотворения и т. п. Навязчивое воспоминание о случайной неудаче при половом акте, о «роковых» последствиях бывшего в детстве онанизма фиксируется в сознании больного и парализует наступление эрекции</p> <p>Те же причины</p> <p>Перенапряжение нервной системы под влиянием психогенных и соматических факторов, переутомление и другие причины, ведущие к общей неврастении (гиперстеническая форма). Половые излишества, чрезмерная мастурбация или, наоборот, длительное половое воздержание и другие причины, приводящие кортикальные сексуальные центры в состояние длительного патологического возбуждения</p>
<p>Спинальная импотенция:</p> <p>1. С повышением возбудимости центров эрекции и эякуляции</p>	<p>Преждевременное семяизвержение, иногда до начала полового акта; эрекция нормальна, часто и быстро на-</p>	<p>Травматические и органические заболевания спинного мозга с вовлечением в патологический процесс центров</p>

Форма полового бесилия	Основные симптомы	Основные причины
	ступает, порой по ничтожно- му поводу	эрекции и эякуляции (мие- лит, спинная сухотка, мно- жественный склероз ■ др.). Половые излишества, пре- рванный и затягиваемый поло- вой акт, неудовлетворитель- ное половое возбуждение, онанизм. При перечисленных факторах, ■ также при неко- торых органических заболе- ваниях (спинная сухотка, миелит) могут вначале появ- ляться симптомы раздраже- ния спинальных центров, пос- ле чего ■ дальнейшем разви- вается прогрессирующее па- дение их возбудимости. Функ- циональное истощение поло- вых центров в старости
2. С повышением возбуди- мости центра эякуляции и понижением возбудимости центра эрекции	Преждевременная эякуля- ция при более или менее ос- лабленной эрекции	
3. С понижением возбуди- мости центров эрекции и эякуляции	Половое влечение нормаль- но. Эрекция как адекватная, так и спонтанная более или менее ослаблена. Половые сношения происходят с дли- тельными перерывами, эяку- ляция запаздывает, оргазм понижен. Нередко эрекция исчезает до окончания поло- вого акта. При полной поте- ре возбудимости спинальных половых центров эрекция не наступает ни при каких ус- ловиях	
4. С понижением возбуди- мости центра эякуляции, с нормальной функцией центра эрекции (специальный аспер- матизм)	Половое влечение и эрек- ция нормальны; однако эяку- ляция при половых сноше- ниях, несмотря на отсутствие органических препятствий, не наступает; не бывает и ор- газма. Ночных поллюций также не бывает (в отличие от кортикального асперма- тизма)	Врожденная анестезия цент- ра эякуляции. Органические заболевания спинного мозга, понижение возбудимости центра эякуляции на почве усиленной деятельности его (половые излишества, чрез- мерная мастурбация и т. п.), алкогольной интоксикации и т. д.
Импотенция вследствие заболевания половых органов (нейрорецепторная)	Преждевременная эякуля- ция при нормальной или ос- лабленной эрекции, учащен- ные поллюции. Боли ■ не- приятное ощущение после эякуляции. ■ дальнейшем значительное ослабление эрекции, запаздывание эяку- ляции и понижение оргазма. Половое влечение нормально, а иногда и чрезмерно повы- шено	Воспалительные заболева- ния предстательной железы и семенного бугорка. Атония предстательной железы

Продолжение

Форма полового бессилия	Основные симптомы	Основные причины
Эндокринная импотенция	Выраженное понижение полового влечения; ослабление адекватной ■ спонтанной эрекции вплоть до полного ее исчезновения. Недоразвитие первичных и вторичных признаков; ненормально большой или карликовый рост, отложение жира на необычных для мужчин местах (грудная железа, нижняя часть живота, лобок) ■ т. п.	Первичное нарушение функции яичек врожденного (недоразвитие, крипторхизм ■ др.) или приобретенного характера; травматические повреждения, инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис и др.), опухоли яичек, старческая (возрастная) гипопункция яичек, алиментарная дистрофия, авитаминоз, рентгеновское облучение, облучение радием, психические влияния ■ др. Вторичное нарушение функций яичек ■ результате поражения мозгового придатка, щитовидной железы, надпочечников, а также заболевания центральной нервной системы
Импотенция вследствие механических препятствий	Невозможность полового акта вследствие малого размера или неправильного положения полового органа, искривления его и болей при эрекции, а иногда из-за недостаточности эрекции	Врожденные пороки развития мочеиспускательного канала (гипоспадия, эписпадия, короткая уздечка и др.), слоновость мошонки, большие пахомошоночные грыжи, пластическая индурация полового члена и др.

Из изложенного выше следует, что диагностика неспособности к половому сношению представляет значительные трудности, если учесть разнообразие форм половых расстройств и этиологических факторов. Поэтому экспертиза такого состояния должна включать, кроме судебно-медицинского эксперта, невропатолога (а иногда и психиатра), обязательно уролога, эндокринолога.

Иногда такая экспертиза требует предварительного обследования и наблюдения больного в стационарном лечебном учреждении.

Установление способности к оплодотворению. Другим вопросом экспертизы является установление способности к оплодотворению. Способность к оплодотворению может возникать также очень рано — с появлением поллюций и выделением семени. Оплодотворяющая способность семени в отдельных случаях может сохраняться до глубокой старости. Об естественном угасании половой способности, связанной с возрастом, атрофии яичек говорилось выше. Однако еще раз нужно повторить, что способность к оплодотворению может сохраняться до глубокой старости, как и способность к половому сношению. Прежде всего необходимо подчеркнуть, что *способность к оплодотворению может наблюдаться и у лиц, не способных к половому сношению, — у импотентов, если функция яичек и сперматогенез у них совершаются нормально.* Это объясняется тем, что при попытке совершить половое сношение (если даже не происходит введения полового члена во влагалище) извержение семени может происходить в преддверии влагалища, благодаря чему сперматозоиды могут попадать во влагалище и матку с после-

дующим оплодотворением. Вместе с тем у лиц, способных к половому сношению, ведущих нормальную половую жизнь, может отсутствовать способность к оплодотворению вследствие нарушений функции яичек или нарушения выделения семенной жидкости. Последняя может либо не выделяться вследствие препятствия в семявыносящих путях, либо выделяющаяся семенная жидкость не способна произвести оплодотворения вследствие изменений ее качества (некроспермия). Неспособность к оплодотворению может быть обусловлена рядом причин, о которых было сказано выше. Нарушение деятельности желез внутренней секреции, тяжелые поражения головного и спинного мозга, острые инфекционные заболевания и интоксикации могут приводить к нарушению сперматогенеза и к утрате способности к оплодотворению.

На первом месте среди причин, вызывающих утрату способности к оплодотворению, стоит двустороннее гонорейное воспаление придатков яичка. Чтобы установить способность или неспособность мужчины к оплодотворению, необходимо исследование семенной жидкости. Никакие другие обстоятельства не могут быть основанием для заключения и решения вопроса о способности к оплодотворению. Исключение составляют только ясные случаи выраженных эндокринных расстройств, с общим отклонением в развитии организма (евнухоидизм и др.). Поэтому основная задача экспертизы — исследование семенной жидкости.

При половом сношении в норме выделяется семенная жидкость в объеме 2—8 мл (в среднем же 3—5 мл). При повторных половых сношениях, следующих вскоре одно за другим, количество семенной жидкости и ее состав (содержание сперматозоидов) изменяются, прежде всего в количественном отношении. В 1 мл спермы содержание сперматозоидов колеблется от 60 до 200 млн. Таким образом, при нормальном половом сношении эякулят содержит от 200 до 500 млн. сперматозоидов. Внешне сперма — это масса студенистой консистенции, беловатого цвета, непрозрачная, мутная. Ее цвет и консистенция через некоторое время изменяются, сперма становится более жидкой и более прозрачной. Сперма имеет щелочную реакцию и специфический запах, обусловленный секретом предстательной железы, входящим в состав спермы. Кроме того, в сперму входит секрет семенных пузырьков, секрет купферовых желез.

При изучении эякулята здорового мужчины в составе его можно обнаружить наряду с нормальными сперматозоидами и отклоняющиеся от обычного строения — двойные, больше и меньше, с неправильной формы головками. В нормальной сперме сперматозоиды активно двигаются за счет движения хвостиков. Нормальная скорость движения сперматозоида — 2—3 мм в минуту. Движение сперматозоидов обусловлено присутствием в эякуляте секрета предстательной железы. Без присутствия этого секрета сперматозоиды остаются неподвижными. Поэтому одним из факторов, вызывающих бесплодие мужчины, являются заболевания предстательной железы. Какое-то участие в стимуляции движений сперматозоидов принимает секрет и других придаточных желез.

Могут встретиться патологические состояния, нарушающие выделение спермы и ее качество.

В одних случаях сперма вообще не выделяется или выделяется в незначительном количестве, это состояние носит название асперматизма.

Асперматизм может быть обусловлен тем, что предварительно имели место неоднократные половые сношения с эякуляцией и поэтому сперма больше не выделяется. Асперматизм может быть также врожденным или обусловлен двусторонней облитерацией семявыносящих протоков и придатков яичка, например, вследствие гонорейного эпидидимита. Он

также может вызываться сужением заднего отдела мочеиспускательного канала, вследствие чего выделяющаяся при половом сношении сперма задерживается и попадает в мочевой пузырь. Асперматизм может быть также кортикальным или спинальным. Поэтому требуется тщательное обследование свидетелеваемого для выяснения истинной причины асперматизма.

Другим состоянием может быть *азоспермия* — отсутствие в сперме сперматозоидов, имеются клетки спермиогенеза. Азоспермия может быть стойкой вследствие облитерации семявыносящих протоков, реже — вследствие врожденного отсутствия сперматогенеза. Азоспермия может быть обусловлена предшествующими многократными половыми сношениями с эякуляцией.

Аспермия — отсутствие сперматозоидов и клеток спермиогенеза.

В некоторых случаях при исследовании сперматозоиды оказываются неподвижными. Такое состояние носит название некроспермии.

Некроспермия может быть естественной, обусловленной заболеваниями половых желез, яичек, предстательной железы, семявыносящих путей или же проявлением функциональных расстройств половых желез вследствие хронической инфекции или интоксикации.

Некроспермия, точнее, акинезис (неподвижность), может быть и искусственной, когда сперма сознательно содержалась в неподходящих условиях или неправильно исследуется или когда в сперму с целью вызывания неподвижности сперматозоидов добавляются какие-либо вещества, губительно действующие на сперматозоиды, например разведенные кислоты. В нашей практике встречались добавления к сперме разведенной лимонной кислоты, раствора ляписа, вследствие чего сперматозоиды становились неподвижными.

Неподвижность сперматозоидов может быть обусловлена и неправильным обращением со спермой. Например, ошибочный диагноз некроспермии может быть обусловлен получением и хранением спермы в презервативе, подогреванием препарата спермы до температуры выше 37° . Температура 38° губительно действует на сперматозоиды, тогда как при низкой температуре они более устойчивы.

При исследовании спермы, особенности если она доставляется, а не бывает получена на месте исследования, эксперт не может быть уверен в принадлежности ее определенному лицу. Если в доставленной сперме обнаруживаются неподвижные сперматозоиды, и свидетелеваемый заинтересован в этом, то диагноз некроспермии ставится под сомнение. Такой результат исследования спермы может быть принят только в том случае, если он не совпадает с интересами свидетелеваемого, т. е., если в сперме обнаруживаются подвижные сперматозоиды, тогда как свидетелеваемый заинтересован в том, чтобы сперматозоиды были неподвижными, и наоборот. Диагноз некроспермии должен ставиться весьма осторожно. Вообще она встречается редко.

Астеноспермия — наличие в эякуляте большого количества и патологических форм сперматозоидов с ослабленными движениями. Последние заключаются обычно в качательных движениях хвостиков, а поступательные движения сперматозоидов при этом почти отсутствуют.

Олигоспермия — наличие в сперме небольшого количества сперматозоидов. Олигоастеноспермия — уменьшение числа сперматозоидов в 1 мл с одновременным уменьшением процента нормально подвижных сперматозоидов.

Пиоспермия — примесь к семенной жидкости гноя, что наблюдается при воспалительных процессах в придаточных железах и яичке, в половых путях.

Гемоспермия — примесь к семенной жидкости крови, что наблюдается при воспалительных процессах по ходу полового тракта и половых желез.

Значение патологических форм спермы в отношении ее способности к оплодотворению различными авторами оценивается по разному.

Исследование спермы должно производиться только специалистами.

Методика исследования семенной жидкости. Если в обычной медицинской практике, когда речь идет о заинтересованности в выяснении причины бесплодия для получения потомства, врач может полностью доверять результатам исследования эякулята, то при судебно-медицинской экспертизе эксперт должен иметь в виду прежде всего возможную заинтересованность обследуемого. Субъект, подвергающийся судебно-медицинскому исследованию, часто может быть заинтересован в признании его неспособным к оплодотворению и принять меры для сокрытия или изменения своего действительного состояния, введения в заблуждение эксперта. Поэтому к исследованию спермы нужно подходить чрезвычайно осторожно.

Наиболее сложным и деликатным является получение эякулята. Само собой разумеется, что наиболее благоприятно для исследования получение эякулята в самом учреждении, где производится экспертиза, но это возможно лишь путем мастурбации, что иногда встречает возражение. Поэтому в некоторых случаях приходится довольствоваться исследованием доставленного эякулята. Получение и доставление эякулята в презервативе влияют на качество спермы и результаты исследования. Вредное воздействие при этом оказывают примеси в вулканизированной резине презерватива.

Можно рекомендовать получение спермы путем нормального полового сношения и взятия ее вместе с содержимым влагалища или путем прерванного полового сношения и собирания эякулята в чистую стеклянную пробирку, хорошо вымытую горячей водой с двууглекислой содой и насухо вытертую. После получения эякулята таким путем содержимое пробирки, закрытой корковой пробкой, желательнее доставить, не подвергая ее резким колебаниям температуры, поэтому лучше всего помещать пробирку под одежду с тем, чтобы была сохранена температура тела. Желательно также доставление эякулята для исследования не позднее 30—50 минут после эякуляции.

Исследование доставленного эякулята должно производиться немедленно. При исследовании указываются время получения эякулята и время начала исследования. Описываются общие свойства эякулята, его цвет, консистенция, запах, количество. Затем производится микроскопическое исследование. Каплю семенной жидкости помещают на предметное стекло и вначале просматривают, а затем производят подсчет количества подвижных сперматозоидов. Подсчет производят дважды — через 2 часа и через 6 часов после получения эякулята. В нормальной сперме, исследуемой при обычной комнатной температуре, через 2 часа обычно обнаруживается 75% подвижных сперматозоидов, а через 6 часов — от 10 до 25% активных сперматозоидов. Кроме того, производится подсчет общего количества сперматозоидов в счетной камере. Сперму набирают в меланжер для взятия лейкоцитов до отметки 0,5 и разводят водопроводной водой до концентрации 1:20 и смешивают. Затем помещают сперму в счетную камеру, где подсчитывают головки сперматозоидов. В норме в 1 мл спермы содержится от 60 до 200 млн. сперматозоидов. Здесь исследуют головки сперматозоидов, обращая внимание на их строение. В нормальной сперме 80% сперматозоидов имеют нормальное строение. Кроме того, обращают внимание на количество лейкоцитов,

десятиновых
Производится
Если резу

ны, то через
чаях и неодн
татов должн
и всех данны
оценке беспло
делах необхо
конкретного
вых путей же
исследование
ный период ч
крывают зерк
свода (насы
содержимое
держимое из
обнаруживаю
галище, шейк
ценности спер
творению, что
в заболевани
гих патологич

Исследова
ности должно
Это сложное
ских современ

В настоящ
вижности спер
нет возможнос
спермы и лаб
ся в специаль
сти только не
ности спермы.

1. Нормоспер
более 30%; норм
2. Олигоспер
семенной жидкос
венно уменьшени
3. Тяжелая с
жидкость практи
невероятным.

1. Нормоспер
в 1 мл; общее
70—90% через
2. Олигоспер
рение наступает
3. Олигоспер
Оплодотворение
Существую

Отсутстви
не только не
пороками ра

лецитиновых зерен, кристаллов, эпителиальных и амилоидных телец. Производится и биохимическое исследование.

Если результаты исследования спермы отрицательны или сомнительны, то через некоторое время производят повторное, а в отдельных случаях и неоднократное исследование спермы. Оценка полученных результатов должна производиться на основе анализа всех материалов дела и всех данных обследования. Нужно при этом иметь в виду, что при оценке бесплодия у мужчины и бесплодного брака при бракоразводных делах необходимо, если, конечно, это возможно по обстоятельствам конкретного дела, исследовать сперму, взятую непосредственно из половых путей женщины в различные сроки после полового сношения. Такое исследование рекомендуется производить у женщин в предменструальный период через 2—3 часа после полового сношения. Влагалище раскрывают зеркалами и для исследования берут содержимое из заднего свода (насасывание шприцем). Другим шприцем с наконечником берут содержимое канала шейки матки. Затем таким же шприцем берут содержимое из полости матки. Если при микроскопическом исследовании обнаруживаются подвижные сперматозоиды во всех этих отделах (влагалище, шейка матки и полость матки), то это свидетельствует о полноценности спермы мужчины, отсутствии причин, препятствующих оплодотворению, что заставляет искать причины бесплодия женщины — либо в заболеваниях верхних отделов полового тракта, либо в каких-то других патологических процессах.

Исследование спермы для определения ее оплодотворяющей способности должно производиться специалистами в лабораторных условиях. Это сложное исследование с применением биохимических, морфологических современных методов.

В настоящее время нельзя ограничиваться только констатацией подвижности сперматозоидов при микроскопическом исследовании. Здесь нет возможности привести современные данные о биохимии, морфологии спермы и лабораторных методах ее исследования. Эти сведения имеются в специальных руководствах по сперматологии. Необходимо привести только некоторые классификации оценки оплодотворяющей способности спермы.

Классификация Гиние (цит. по Н. С. Николу и др., 1964)

1. Нормоспермия — более 40 млн. сперматозоидов в 1 мл; патологических форм не более 30%; нормокинезис после 1-го часа 60—70%.
2. Олигоспермия — от 5 до 40 млн. сперматозоидов в 1 мл. Оплодотворение такой семенной жидкостью не исключается. Однако вероятность его уменьшается соответственно уменьшению числа сперматозоидов.
3. Тяжелая олигоспермия — менее 5 млн. сперматозоидов в 1 мл. Такая семенная жидкость практически неспособна оплодотворить, поэтому оплодотворение считается невероятным.

Классификация И. М. Порудоминского (1960)

1. Нормоспермия: объем эякулята — 24 мл; число сперматозоидов 60—100 млн. в 1 мл; общее число их в эякуляте 150—300 млн. С нормальной подвижностью 70—90% через 1—2 часа; 35—40% через 5—6 часов. Патологических форм 15—20%.
 2. Олигоспермия умеренная. Число сперматозоидов 25—50 млн. в 1 мл. Оплодотворение наступает реже.
 3. Олигоспермия сильно выраженная. Число сперматозоидов ниже 25 млн. в 1 мл. Оплодотворение весьма сомнительно.
- Существуют и другие, более дифференцированные классификации.

Отсутствие способности к оплодотворению может быть обусловлено не только неполноценностью спермы, но и иными причинами, например пороками развития полового члена (гипоспадия, фимоз), половой сла-

бостью. Таким образом, экспертиза установления неспособности к оплодотворению также требует детального обследования субъекта с участием других специалистов, иногда ■ стационарных условиях.

Установление способности к половому сношению и зачатию у женщин

Поводом к проведению этого рода экспертизы в гражданских делах является чаще всего заявление о расторжении брака. Однако может встретиться такая необходимость ■ в уголовных делах, например при ложном обвинении в изнасиловании.

Способность к воспроизведению потомства у женщины складывается из способности к половому сношению и способности к зачатию. Как и у мужчин, способность к половому сношению и способность к зачатию у женщин приходится устанавливать раздельно, и вопрос об этом возникает иногда самостоятельно.



Рис 56. Атрезия влагалища.

Установление способности к половому сношению. Как уже указывалось, способность к половому сношению у женщин возникает ранее достижения половой зрелости, и половое сношение становится возможным при нормальном развитии организма к 14—15 годам, иногда и ранее. К этому возрасту развитие половых органов достигает такой степени, что допускает введение нормального полового члена взрослого мужчины без особого травмирования половых органов. Способность к половому сношению у женщин при нормально развитых половых органах сохраняется также по существу до глубокой старости.

Причины неспособности к половому сношению могут быть органического ■ функционального характера. К причинам органического характера относятся врожденные пороки развития наружных половых органов, исключающие возможность нормального полового сношения. К таким порокам развития относятся: атрезия влагалища (рис. 56), когда оно по существу отсутствует; особые формы девственной плевы в виде сплошной перепонки большой плотности. Изменения наружных половых органов, препятствующие половому сношению, могут развиваться в связи с различными патологическими процессами, тяжелыми изменениями, например рубцовыми изменениями или слипчивыми сращениями после инфекционных заболеваний (корь, дифтерия); изменениями, вызывающими сужение входа во влагалище — рубцы после повреждений, ожогов и другие изменения подобного характера.

Нарушение способности к половому сношению может быть обусловлено выпадением влагалища и матки в высокой степени, нередко встре-

чающимися грыжами и опухолями в области наружных половых органов. Препятствием к половому сношению могут служить также патологические процессы в области таза и нижних конечностей: например, анкилозы в тазобедренных суставах, поражения костей таза, сопровождающиеся их деформацией и ограничением подвижности конечностей, препятствующие нормальному половому сношению.

К препятствиям функционального характера следует отнести *вагинизм*. Это состояние характеризуется резким судорожным сокращением мышц влагалища и промежности, обусловленным повышенной, чрезмерной чувствительностью наружных половых органов. Прикосновение к половым органам, иногда даже только попытка совершить половое сношение, приводит к резкому спазму мускулатуры, сопровождаемому, кроме того, сильными болями, что исключает возможность полового сношения. Такие спазмы и приступы вагинизма вследствие резких болей могут сопровождаться и потерей сознания, обморочным состоянием.

При вагинизме попытка прикосновения к половым органам может вызывать сильный страх, судороги, общее нервное подавленное состояние.

Различают первичный и вторичный вагинизм. Первичный вагинизм развивается при первой попытке к половому сношению (нередко в первый день замужества). Дальнейшие попытки совершить половое сношение лишь усугубляют это состояние. Вторичный вагинизм возникает у женщин, которые уже жили половой жизнью, и иногда и рожали. Развитие вторичного вагинизма обусловлено патологическими процессами в области половых органов, которые сопровождаются болезненными ощущениями, возникающими при половых сношениях. Повторные болезненные ощущения при дальнейших попытках продолжать половую жизнь приводят к развитию вагинизма.

Установление вагинизма при обследовании свидетельствуемой дает основание для заключения о невозможности полового сношения.

Неспособность к зачатию. Неспособность к зачатию приводит к бесплодию женщины. Различают абсолютное бесплодие, обусловленное патологическими состояниями, препятствующими зачатию, и относительное бесплодие, при котором причины, вызывающие бесплодие, могут быть устранены. Кроме того, различают первичное и вторичное бесплодие. Первичным бесплодием называют отсутствие вообще у данной женщины беременности; вторичным бесплодием называется отсутствие способности к зачатию у женщины, которая имела уже одну или несколько беременностей.

Причины, обуславливающие отсутствие у женщины способности к зачатию, весьма разнообразны. Из них первое место занимают воспалительные процессы в области органов малого таза. Из инфекционных заболеваний, вызывающих такие воспалительные процессы, первое место принадлежит гонорее. На втором месте стоят воспалительные процессы после аборт и родов. Кроме того, известное значение имеет туберкулез женских половых органов. Другую группу причин составляют пороки развития женского полового аппарата и аномалии развития, обусловленные перенесенными заболеваниями или какими-либо другими эндогенными влияниями, имевшими место в детском возрасте или в периоде полового созревания.

Препятствием к зачатию со стороны наружных половых органов могут быть те же причины, которые являлись препятствием и к половому сношению, т. е. атрезия влагалища, сплошная девственная плева, воспалительные процессы в области наружных половых органов, травмы их. При этом нужно иметь в виду то обстоятельство, что беременность

может наступить и без введения полового члена во влагалище, по существу без полового акта, в тех случаях, когда семенная жидкость изливается в преддверие влагалища. В практике хорошо известны случаи беременности при неповрежденной девственной плеве, без введения полового члена во влагалище.

Причины бесплодия со стороны влагалища могут заключаться в недоразвитии влагалища, в частности в недостаточной глубине заднего свода, вследствие чего сперма после полового сношения не задерживается в заднем своде, а изливается наружу. Затем, как уже указывалось, большое значение имеет реакция влагалищного содержимого. При повышенной кислой реакции влагалищного секрета сперматозоиды быстро становятся неподвижными, и бесплодие в таком случае зависит только от высокого процента молочной кислоты во влагалищном содержимом (0,8%). Такие указания имеются в литературе.

Причиной бесплодия могут быть заболевания шейки матки воспалительного характера: эндоцервицит, эктропион, рубцовые изменения, разрывы фаллопиевых труб, гипотрофия шейки. Чрезмерная вязкость секрета канала шейки, которая понижает подвижность сперматозоидов, может быть также причиной бесплодия.

Со стороны матки наиболее частой причиной бесплодия является недоразвитие ее, а иногда и неправильное положение. Довольно частой причиной бесплодия являются опухоли матки, фибромиомы, при которых процент бесплодия может достигать почти 50. Кроме того, отмечается и особая реакция половых органов определенной женщины к семенному определению мужчины, что тоже может быть причиной бесплодия в данном конкретном браке.

Наиболее частой причиной бесплодия женщины является заболевание фаллопиевых труб, чем обусловлена половина бесплодных браков. Непроходимость фаллопиевых труб возникает в связи с воспалительными процессами в трубах, что в основном и преимущественно имеет причиной гонорею. В результате воспалительного процесса гонорейного характера возникает слипчивое воспаление и облитерация труб по их протяжению, спайки труб с окружающими органами и отсутствие возможности прохождения яйцеклетки. Другая причина воспалительных изменений в трубах — это воспалительные процессы после абортных родов. И здесь в основе лежит прежде всего гонорея. Второе место занимают септические осложнения, возникающие после абортных родов. Туберкулез половых органов, в частности труб. Значительно реже встречается как вторичная причина органический туберкулез. Другие этиологические факторы имеют меньшее значение. Необходимо упомянуть также о введении йода с целью предупреждения беременности как о причине последующего бесплодия вследствие возникающего слипчивого воспалительного процесса в трубах.

Вторичное бесплодие может возникать после внематочной беременности и удаления труб. Из причин, лежащих вне половых органов, следует указать на нарушение функции желез внутренней секреции, которое также может явиться причиной бесплодия. Здесь прежде всего нужно отметить заболевания и аномалии развития яичников, затем — придатка мозга, щитовидной железы и других желез внутренней секреции.

Как и при мужском бесплодии, в некоторых случаях уже внешний вид свидетельствующей (инфантилизм, гипогенитализм, ожирение и др.) может указывать на нарушение функции желез внутренней секреции.

Необходимо иметь в виду и другие причины, в частности недостаточное или неполноценное питание, авитаминозы и другие заболевания общего характера, которые могут приводить к временному бесплодию.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ

Установление половой неприкосновенности приходится производить у лиц женского пола. Только в исключительных случаях половая неприкосновенность устанавливается у подростков мужского пола.

Поводом для установления половой неприкосновенности может явиться обвинение ■ развратных действиях с малолетними, ■ делах об изнасиловании или покушении на изнасилование. Поводом к установлению половой неприкосновенности у лиц женского пола является нередко привлечение к ответственности за клевету, оскорбление, например при ложном обвинении ■ сожительстве с определенным лицом или несколькими лицами. Последнего рода дела возникают в порядке частного обвинения, по заявлению потерпевшей. Суд, принимая заявление потерпевшей, в отдельных случаях может направлять ее на экспертизу для установления половой неприкосновенности.

Установление половой неприкосновенности производится только по направлению суда или органов расследования. Ни в коем случае не следует проводить такую экспертизу по просьбе частных лиц.

В практике встречаются иногда обращения к судебно-медицинскому эксперту супругов или одного из супругов для установления половой неприкосновенности жены. Поводом для такого обращения является подозрение мужа ■ том, что его супруга жила половой жизнью до вступления с ним в брак. Подобного рода осмотров эксперт производить не должен даже ■ тех случаях, когда обращающиеся соглашаются получить только устное заключение эксперта и не требуют письменного. Подобное исследование не рекомендуется производить не только судебно-медицинскому эксперту, но и врачу другой специальности, если к нему обращаются с такого рода просьбой. Следовательно, единственным основанием для проведения такого рода экспертизы может быть только постановление следователя или определения (направление) суда.

Установление половой неприкосновенности у лиц женского пола

Установление половой неприкосновенности у лиц женского пола сводится по существу к исследованию состояния девственной плевы — ее целости или наличия ее повреждений. Лишение физической девственности может определяться только по нарушению целости девственной плевы. Что касается других признаков девственности, на которые указывали прежние авторы (упругость и форма молочных желез, смыкание половых губ, отсутствие зияния половой щели), то эти признаки к состоянию девственности отношения не имеют, а характеризуют лишь общее состояние организма и не изменяются после бывшего полового сношения.

Нарушение целости девственной плевы, происшедшее при первом половом сношении, определяется как *растление*. С юридической точки зрения, таким образом, растлением является нарушение девственной плевы только при половом сношении. Если нарушение девственной плевы производится при развратных действиях, например пальцем, каким-нибудь предметом, при врачебном осмотре, оперативном вмешательстве, то

это не является растлением. Следовательно, растление является понятием не медицинским, а юридическим. Судебно-медицинский эксперт поэтому устанавливает не растление, а должен установить: 1) имеет ли место нарушение целостности девственной плевы, 2) произошло ли нарушение целостности девственной плевы введением полового члена во влагалище или имел место иной механизм нарушения целостности девственной плевы.

Растление какотягощающий признак полового сношения имеет значение только в том случае, если пострадавшая не достигла половой зрелости, ибо половое сношение с лицом, достигшим половой зрелости и совершеннолетним (а по УК некоторых союзных республик с 16 лет), не является уголовно наказуемым деянием.

Анатомические особенности строения девственной плевы. При судебно-медицинской экспертизе установления половой неприкосновенности большое значение имеют особенности анатомического строения девственной плевы, которые эксперт обязан знать.

Установление действительного состояния девственной плевы требует от эксперта опыта в подобном исследовании. Как показывает практика, отсутствие опыта приводит нередко к ошибочным заключениям. Специалисты-гинекологи, случайно проводящие такого рода экспертизу, нередко ошибаются, не имея достаточных сведений о строении девственной плевы и навыков в ее исследовании.

Девственная плева представляет собой складку слизистой, отделяющую преддверие влагалища от влагалища. Основу девственной плевы составляет волокнисто-соединительная ткань, содержащая эластические волокна и отдельные пучки мышечной ткани. Эта складка покрыта слизистой оболочкой из многослойного плоского эпителия, несколько различающегося по своему строению с наружной и внутренней стороны. Формы девственной плевы, т. е. складки, отделяющие вход во влагалище от преддверия влагалища, весьма разнообразны, чем и объясняется сложность ее исследования. В девственной плеве различают следующие отделы: *уретральный*, или *передний*, т. е. расположенный у отверстия

уретры (имея в виду положение девственной плевы при стоянии женщины), и *ректальный*, или *задний*, отделы. Свободный край девственной плевы, обращенный к отверстию входа во влагалище, называется ее внутренним краем, а основание девственной плевы, переходящее в преддверие влагалища, — наружным краем.

Формы девственной плевы на первый взгляд настолько разнообразны, что некоторые авторы полагают даже, что их нельзя систематизировать, и указывают, что у каждой женщины девственная плева имеет свои особенности. С этим утверждением вряд ли можно согласиться. Опыт и соответствующие исследования показывают, что формы девственной плевы можно классифицировать. Классификацию форм девственной плевы предлагали из отечественных авторов В. О. Мер-



Рис. 57. Кольцевидная форма девственной плевы.

род 2
I. Обычные.
мы девственной
щиеся очертание

II. Необычные,
формы, характер
являются неровно

III. Редкие форм
знаком которых с
верстий или нали
отверстия

жеевский, М. Д.
нужды рассма
лишь классифи
предложены М.
Следовательно
чающейся форм
новидности: по
формы характер
края. Но эти пл
тренного, края
лоскутную. Сле
кольцевидную с
бахромчатую де
не с одним, а с
венная плева в
форма встречае
отверстиями мо
формы (когда
перегородчатая
городкой и небо
ственной плеве
можно, это нес
М. Г. Сердюков
Кольцевидна
овальной форм
17 м. и. Авдеев

Классификация форм девственной плевы

Род девственной плевы	Вид плевы и ее морфология
I. Обычные, часто встречающиеся формы девственной плевы, характеризующиеся очертанием ее поверхности	1. Кольцевидная (рис. 57) 2. Полулунная 3. Трубчатая 4. Воронкообразная (рис. 58) 5. Губовидная 6. Килевидная 7. Валикообразная или тесемчатая 8. Подковообразная (тождественна полулунной)
II. Необычные, реже встречающиеся формы, характерным признаком которых являются неровности края	1. Дольчатая или лоскутная 2. Бахромчатая (рис. 59) 3. Спиральная 4. Лепестковидная (рис. 60) 5. Зубчатая (рис. 61) 6. Колончатая
III. Редкие формы, отличительным признаком которых служит отсутствие отверстий или наличие в ней более одного отверстия	1. Двухокончатая или перегородчатая 2. Полуперегородчатая 3. Непрободаемая или слепая 4. Решетчатая

жеевский, М. Д. Никитин, Н. С. Бокариус. В данном руководстве нет нужды рассматривать все предлагаемые классификации, а приведем лишь классификацию и описание форм девственной плевы, которые предложены М. Г. Сердюковым (табл. 16).

Следовательно, основной, наиболее распространенной и часто встречающейся формой является кольцевидная девственная плева и ее разновидности: полулунная, трубчатая, воронкообразная, губовидная. Эти формы характеризуются наличием одного отверстия и ровного, гладкого края. Но эти плевы могут иметь различную форму свободного, т. е. внутреннего, края: бахромчатую, зубчатую, спиральную, лепестковидную, лоскутную. Следовательно, девственная плева может иметь, например, кольцевидную форму и бахромчатый край, и тогда ее обозначают как бахромчатую девственную плеву. Наконец, имеются девственные плевы не с одним, а с двумя или несколькими отверстиями, а также девственная плева в виде сплошной перегородки без отверстий: последняя форма встречается очень редко. Девственные плевы с несколькими отверстиями могут быть: двухокончатые, трехокончатые и решетчатой формы (когда отверстий свыше трех). Особую форму представляет перегородчатая девственная плева, характеризующаяся толстой перегородкой и небольшими отверстиями, тогда как при двухокончатой девственной плеве перегородка нежная, тонкая и отверстия крупные. Возможно, это несколько искусственное деление одной и той же формы. М. Г. Сердюков дает следующее описание форм девственной плевы.

Кольцевидная плева. Имеет вид кольца с отверстием круглой или овальной формы.

Полулунная плева. Большею частью встречается у детей и у подростков в течение первого десятилетия. В ее задней половине больше ткани, вследствие чего она приобретает форму полумесяца, рога которого соприкасаются у уретрального отверстия.

Трубчатая форма. Края ее несколько приподняты над входом. Имея форму трубки, она представляет собой разновидность кольцевой плевы.

Воронкообразная плева. Имеет вид усеченного конуса с отверстием на вершине.

Губовидная плева. Передний и задний сегменты низкие, благодаря чему создается впечатление третьей пары половых губ.

Килевидная плева. Имеет очертание киля лодки или корабля; по существу это разновидность кольцевидной плевы.

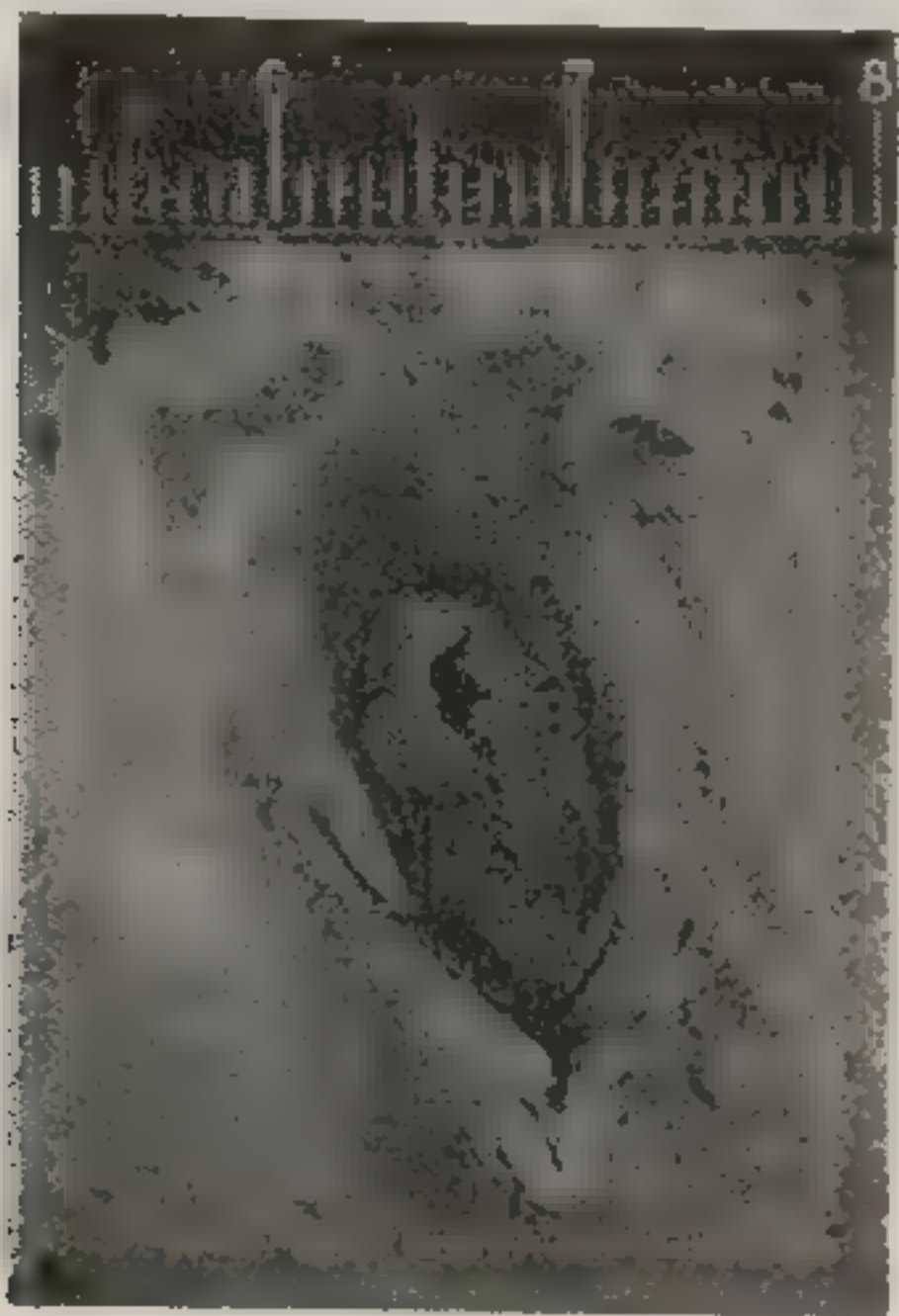


Рис. 58. Воронкообразная форма девственной плевы.

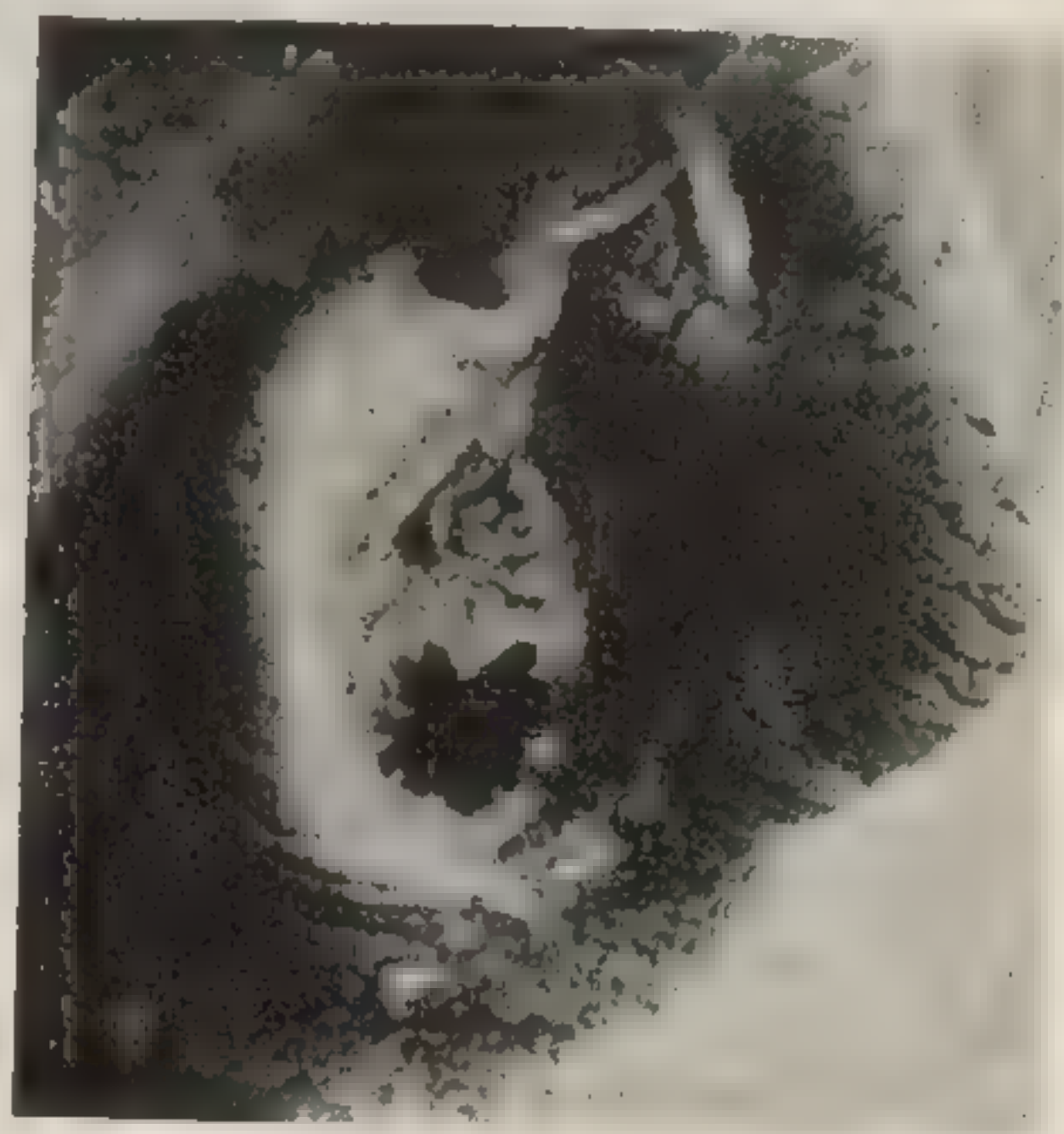


Рис. 59. Бахромчатая форма девственной плевы.

Валикообразная или тесемчатая плева. Имеет вид толстого мясистого валика, расположенного по окружности входа во влагалище, с большим отверстием, что затрудняет диагностику введения полового члена во влагалище, так как эта форма редко разрывается при совокуплении.

Двойная плева. Образуется вследствие аномалии развития гименальных зачатков. Раздвоение обычно происходит в поперечном направлении с образованием верхней и нижней полулунной плевы. Типичная двойная плева встречается в раннем возрасте. По мере развития обе половины сближаются, рога их сливаются и ко времени наступления половой зрелости образуется одна плева с наличием естественных выемок на месте слившихся половинок плевы.

Дольчатая или лоскутная плева. Состоит из трех, четырех, пяти долей — передней, задней и боковых. Эти доли обособлены, выемки между ними проникают чаще всего до основания плевы, т. е. до влагалищной стенки. Края лоскутов одинаковой толщины, цвета и консистенции со всей плевой, что позволяет отличить такую плеву от лоскутов, образующихся при ее разрыве. Эта разновидность встречается редко.

Бахромчатая плева. Свободный край на всем протяжении представляет собой бахрому, фимбрии разной длины, близко сидящие друг к другу. Такая плева по форме относится большей частью к кольцевидным. Бахромки нередко располагаются не только на свободном крае, но и на поверхности самой плевы. Бахромчатая плева чаще всего встречается у взрослых, достигших половой зрелости.

Зубчатая плева. При такой форме по свободному краю располагаются неглубокие выемки, придающие гимену своеобразный зубчатый вид. Иногда при избытке вещества плевы свободный край бывает волнистым или гофрированным, но в таких случаях классификация приводится по форме плевы с указанием особенности ее края (девственная плева кольцевидной формы с гофрированным или волнистым свободным краем).

Лепестковидная плева. При наличии утолщенного края имеется его раздвоение и деление по вертикальной линии на несколько лепестков, которые могут при растягивании плевы располагаться в разных плоскостях. При этой форме экспертиза может представить немало трудностей; здесь важно обнаружить рубцы, поэтому при свежем ранении необходима контрольная экспертиза через 10—14 дней.



Рис. 60. Лепестковидная форма девственной плевы.



Рис. 61. Зубчатая форма девственной плевы.

Подковообразная плева. Такая плева действительно напоминает подкову, причем спереди, т. е. у наружного отверстия уретры, она открыта и не имеет ткани. Эта плева очень сходна с полулунной.

Девственная плева со столбиками. Такая плева образуется вследствие неполного обратного развития нижнего отрезка мюллеровых ходов, и тогда на ней остаются в разном количестве (3—4) сосочки, напоминающие колонки. Если же на плеве оказываются 1—2 соска в форме утолщения края, то такая форма получает название по своей основной форме, например кольцевидная с сосочком на цифре 7 или 5 циферблата часов и т. п.

Спиральная плева. Плева в виде узкой каемки начинается на середине соответственно задней стенки влагалища, далее, обогнув просвет влагалища, в виде такой же узкой каемки располагается винтообразно и оканчивается несколько кнутри и сзади от своего начала.

Отростчатая или полуперегородчатая плева. Отличается присутствием эмбриональных остатков в виде шпоры или более или менее длинных отростков, обычно расположенных в передней, задней или боковых отделах плевы. Длинные отростки следует рассматривать как неполную перегородку. Такие формы встречаются как у детей, так и у взрослых.

Двухкончатая или перегородчатая плева. Эти формы плевы образуются вследствие задержки обратного развития гименального конца мюллеровых ходов, когда после прободения только боковых участков

остаётся перегородка, идущая в вертикальном, горизонтальном или косом направлении. Отверстия имеют овальную или круглую форму и могут быть одинаковой или различной величины. Название двухокончатая или перегородчатая зависит от величины и толщины перегородки: если она толстая, и отверстия малы, то такая плева носит название перегородчатой, если же отверстия относительно велики, а перегородка тонка, то такая плева получает название двухокончатой.

Непрободаемая, заращенная или слепая плева. Образуется в результате ненаступившего прободения гименального отрезка мюллеровых ходов и остановки их нормального развития. Очень часто такая форма плевы сопровождается и другими дефектами развития — отсутствием влагалища, матки. В ряде случаев по достижении половой зрелости служит препятствием для оттока менструальной крови и требует оперативного вмешательства. В очень редких случаях может наступать самопроизвольный разрыв ее.

Решетчатая девственная плева. Плева с большим количеством мелких отверстий, напоминающая решето; встречается очень редко.

Описание встречающихся в практике форм девственной плевы указывает на те значительные трудности, которые необходимо иметь в виду при установлении половой неприкосновенности.

Методика исследования. Особенности исследования общего характера частично рассматривались в Общей части. Подобного рода экспертизы должна производиться в присутствии других (посторонних) лиц из числа медицинского персонала. Рекомендуются такую экспертизу проводить двум экспертам. Это необходимо по ряду соображений: 1) само исследование требует помощи другого лица; 2) особое содержание дел и поводов, по которым такие дела возникают; 3) возможность нежелательного обвинения и претензий к эксперту; 4) иногда может возникнуть необходимость подтверждения факта исследования данного лица.

При исследовании необходимо проводить следующее.

1. Ознакомление с документами, на основании которых должно быть произведено исследование; установление поводов к экспертизе.

Эксперт должен тщательно ознакомиться с документами и материалами и выяснить поводы к экспертизе, если они не указаны в документах.

2. Необходимо подробное и тщательное ознакомление с личностью свидетельствуемой в смысле удостоверения подлинности данного лица. У свидетельствуемой необходимо потребовать паспорт и проверить, то ли лицо пришло на освидетельствование.

Нужно иметь в виду, что в практике иногда встречаются попытки подмены свидетельствуемой другим лицом. Например, заявительница, желая по каким-либо мотивам свести счеты с другим лицом, подавая заявление в суд об оскорблении ее этим лицом, для освидетельствования направляет свою родственницу или знакомую, не жившую половой жизнью (так как она сама половой жизнью жила). Поэтому эксперт и должен потребовать у обследуемой документы для удостоверения ее личности. Само освидетельствование должно производиться в дневное время при достаточном дневном освещении, в специальном гинекологическом кресле. Исследование при искусственном свете нежелательно и должно производиться только в исключительных случаях, не терпящих отлагательства.

3. Ознакомление с анамнестическими данными, обстоятельствами дела (при экспертизе в уголовных делах это должно быть получено от следователя, который обязан представить эксперту материалы дела). Если свидетельствуемая сообщает какие-нибудь дополнительные сведения

ния, не известные следователю, то эксперт должен довести их до следователя. Последний дополнительным вопросом свидетельствуемой зафиксировывает эти сведения в протоколе допроса.

Анамнестические сведения должны касаться отправлений физиологической функции половых органов — время начала менструаций, их характер и течение, начало и характер половой жизни и другие особенности, касающиеся функции половых органов.

4. Обследование состоит из общего осмотра, осмотра половых органов, повреждений (если они имеются), взятия материалов для дополнительных исследований и осмотра вещественных доказательств.

Общий осмотр свидетельствуемой. При общем осмотре определяется возраст свидетельствуемой — соответствует или не соответствует указываемому ею возрасту. Отмечаются общее развитие, кожные покровы, слизистые, состояние подкожной жировой клетчатки. Если возникают сомнения относительно указываемого возраста, то описываются изменения возрастного характера и проводится рентгеновское исследование частей скелета, имеющих значение для определения возраста. Затем производят необходимые измерения: рост, объем груди при вдохе и выдохе; отмечают размеры таза; подробно описывают вторичные половые признаки и их выраженность — формы, размеры и состояние молочных желез, сосков, околососковых кружков, их окраску; состояние волосяного покрова в подмышечных впадинах, на лобке, в области половых органов. В необходимых случаях устанавливают достижение или недостижение половой зрелости.

Осмотр половых органов производится самым тщательным и подробным образом. Осматривают большие половые губы, состояние половой щели, малые половые губы, слизистую больших и малых половых губ, преддверие влагалища, клитор, ладьевидную ямку, состояние входа во влагалище. Отмечают выделения из половой щели, если они имеются, из мочеиспускательного канала, характер этих выделений (кровь, кровянистые выделения, слизь, гнойные выделения, гной).

Если свидетельствуемая явилась для осмотра во время менструаций, то осмотр следует все-таки произвести и зафиксировать в заключении то, что было обнаружено. Если имеются какие-нибудь сомнения в нарушении целостности девственной плевы, то нужно предложить прийти после окончания менструаций для повторного обследования. Такая предосторожность необходима потому, что при осмотре во время менструаций (если возникает подозрение в повреждении девственной плевы) за повреждения могут быть приняты менструальные выделения, находящиеся в складках слизистой или девственной плевы.

При осмотре наружных половых органов отмечают: сформированность и правильность строения или какое-нибудь отклонение, соответствие состояния наружных половых органов возрасту обследуемой, характер и тип оволосения. Затем переходят к осмотру девственной плевы. У некоторых лиц осмотр девственной плевы представляет значительные трудности, поэтому лучше всего такие исследования проводить с помощником. Последний захватывает большие половые губы вместе с малыми в области ладьевидной ямки, разводит их в стороны и оттягивает их несколько вперед и вверх. Если имеются выделения, в частности слизистые, то иногда трудно удержать губы в таком положении, они выскальзывают. В этом случае рекомендуется взять марлю или кусочки ваты, с помощью которых натянутые губы удерживаются хорошо. При натяжении губ растягивается вход во влагалище и девственная плева оказывается также растянутой — в таком положении она хорошо доступна для осмотра и исследования.

При осмотре обращают внимание на все особенности строения девственной плевы — определяют ее вид, форму, ширину. Тщательно отмечают ее расположение (глубокое или поверхностное), затем ее толщину (тонкая, прозрачная или толстая, мясистая) и переходят к осмотру свободного внутреннего края девственной плевы. Для лучшего его осмотра, особенно когда имеются складки или бахромки, рекомендуется при осмотре вводить через отверстие девственной плевы либо ручку зонда, либо стеклянную лопаточку, на которой край девственной плевы распластывается и становится более доступным для исследования. Свободный край осматривают постепенно на всем протяжении. Отмечают выемки, неровности, выступы, утолщения, характер краев имеющихся выемок, окраску их (одинакова она с краем или белесоватая, что бывает при образовании рубцовой ткани после разрывов). Иногда для осмотра свободного края необходимо пользоваться лупой или лучше операционным микроскопом. Описывают также отверстие девственной плевы — его размеры, форму и другие особенности. Тургор девственной плевы может быть различным: у не живших половой жизнью тургор девственной плевы выше, чем у живших половой жизнью.

М. Г. Сердюков предлагает по степени тургора различать: 1) вялую плеву, лишенную напряженности, что обычно определяется при ее растяжении; 2) мясистую плеву, тургор которой хорошо выражен; 3) эластическую, хорошо растягиваемую плеву.

Отверстие плевы может быть различным — от очень небольшого до отверстий в 2—2,5 см. Отверстие девственной плевы можно измерить либо на месте, либо с помощью стеклянной палочки (которую затем измеряют сантиметром). Для этой же цели предложен особый измерительный прибор — гиенометр.

Измерение отверстия девственной плевы должно производиться обязательно, так как в некоторых случаях приходится давать заключения о возможности полового сношения при данной форме и величине отверстия девственной плевы без нарушения ее целостности.

В тех случаях, когда отверстие девственной плевы это допускает, при осмотре необходимо попытаться ввести в нее палец, причем вводят вначале конец мизинца. Если мизинец проходит свободно, то вводят указательный палец, ■ если отверстие девственной плевы хорошо растяжимо, то делают попытку введения двух пальцев. При введении пальца ■ отверстие девственной плевы у не живших половой жизнью палец ощущает кольцо сокращения; при неповрежденной девственной плеве кольцо сокращения ощущается весьма сильно. Нужно иметь в виду, что более глубокое введение пальца может привести к повреждению, надрыву девственной плевы. Когда отверстие плевы допускает введение двух пальцев, то вводят только ногтевые фаланги и ни в коем случае не больше. При введении пальца в отверстие девственной плевы требуется большая осторожность. Перед введением пальца необходимо предварительно смазать его вазелиновым маслом и вводить палец медленно и очень осторожно. Пользоваться при таких исследованиях у лиц с неповрежденной девственной плевой влагалищными зеркалами нельзя.

В практике известны случаи, когда при врачебном осмотре повреждалась девственная плева, что являлось затем основанием для обвинения врача в небрежности.

После окончания осмотра наружных половых органов, осмотра и описания состояния девственной плевы производят осмотр внутренних половых органов, если возникает ■ этом надобность.

У не живших половой жизнью исследование внутренних половых органов производить через влагалище нельзя; такое исследование производится через прямую кишку. У женщин, живших половой жизнью, производят обычное гинекологическое исследование; в случае надобности с применением влагалищных зеркал, с фиксацией и описанием всех обнаруженных состояний и изменений внутренних половых органов.

Осмотры повреждений девственной плевы. Нарушение девственной плевы может произойти при половом сношении и последующей половой жизни, при родах, при различных манипуляциях в области половых органов и в результате травм различного происхождения.

Нарушение девственной плевы при половом сношении (т. е. при введении полового члена во влагалище). Повреждения девственной плевы при половом сношении могут носить различный характер, в зависимости от ряда условий. При нормальном соотношении половых органов первое половое сношение обычно характеризуется надрывами или разрывами девственной плевы. Разрывы могут быть различной глубины и протяженности, в зависимости от формы девственной плевы. Чаще всего разрывы локализуются в определенных местах. Эти места принято обозначать соответственно цифрами циферблата часов. Чаще всего разрывы возникают соответственно цифре 6 или по бокам от нее, но, конечно, могут возникать и в других местах.

М. Г. Сердюков (1964) приводит данные С. М. Дмитриевой, обобщившей 1084 экспертизы по определению состояния девственной плевы и половой неприкосновенности — 482 исследования, произведенных для установления половой неприкосновенности в связи с заявлением об оскорблении. Среди 1084 обследованных по поводу определения нарушения девственной плевы последняя оказалась нарушенной у 34%, а у обследованных по поводу оскорблений девственная плева оказалась нарушенной у 14%.

Один разрыв девственной плевы наблюдался в 132 случаях, два разрыва — в 78 случаях, три разрыва — в 19 случаях и четыре разрыва — в 3 случаях. Наиболее часто разрывы располагались соответственно расположению цифр 5—6—7 часов и совсем не встречались соответственно 8—12 и 1—2 часам.

Возникающие при первом половом сношении разрывы могут быть обнаружены при исследовании девственной плевы. В местах разрывов возникает кровотечение, а в свежих случаях эти участки при дотрагивании легко кровоточат. Края разрывов припухшие, темно-красного цвета.

В зависимости от сроков освидетельствования, изменения в местах разрывов плевы, конечно, будут носить различный характер. В течение первых 3—4 дней края разрывов кровоточат, покрываются фибриновыми пленками (небольшие наложения), а затем в местах разрывов развиваются грануляции и происходит заживление путем вторичного натяжения с образованием по краям разрыва рубцовой ткани.

Как показывают наблюдения М. Г. Сердюкова, процесс заживления разрывов девственной плевы продолжается в течение 10—14—20 дней, а иногда и больше (если, например, произошло инфицирование разрывов). В общем на материале Бюро судебно-медицинской экспертизы Москвы им установлено, что в ряде случаев давность разрывов может быть выявлена на протяжении 10—18 дней и больше, что зависит от толщины, т. е. мясистости, плевы, а в некоторых случаях, при более глубоких разрывах, распространяющихся и на стенку влагалища, срок заживления может продолжаться до 3 недель и больше.

В дальнейшем на месте грануляций образуются белесоватые рубчики. Цвет краев разрыва отличается от цвета остальной слизистой девственной плевы. Весьма важным диагностическим признаком (по М. Г. Сердюкову) является повреждение девственной плевы в части, расположенной наиболее близко к промежности, т. е. сзади по направлению к ладьевидной ямке. В этом месте в плеве почти никогда не бывает естественных выемок, и этот отдел наиболее часто повреждается и половым членом, и пальцами. Для естественных же выемок наиболее характерны места, соответствующие цифрам 4—8, 5—9 циферблата часов.

Чрезвычайно важно иметь в виду то обстоятельство, что в тех случаях, когда девственная плева имеет форму невысокого валика, окружающего вход во влагалище, при половом сношении она может растягиваться без повреждений. Девственная плева в этих случаях сохраняется неповрежденной и при дальнейшей, даже интенсивной, половой жизни.

Повреждения девственной плевы при различных ее формах могут носить и носят различный характер. Чем менее широка девственная плева и чем она более тонка, тем меньшие повреждения возникают при первом нормальном половом сношении и тем быстрее заживают. При более мясистой и более широкой девственной плеве повреждения бывают более обширными, и заживление их затягивается до 3 недель, а иногда и больше. Эти особенности и зависимости от форм девственной плевы следует учитывать при экспертизе.

У подростков, не достигших половой зрелости, и у детей при попытке введения полового члена во влагалище повреждения бывают весьма значительными и не ограничиваются только повреждением девственной плевы, а обычно распространяются на влагалище, промежность. В особо тяжелых случаях повреждения бывают и более обширными, проникающими в брюшную полость, иногда сопровождаются тяжелым шоком и даже смертью.

У женщин, начинающих половую жизнь в зрелом возрасте, и у пожилых при первом половом сношении могут также происходить глубокие повреждения девственной плевы, сопровождающиеся сильным кровотечением, с повреждением влагалища.

В некоторых случаях, когда производится насильственное половое сношение, сопровождающееся сопротивлением жертвы, при глубоком насилии могут происходить большие повреждения девственной плевы с разрывами влагалища и промежности и при обычном соотношении половых органов. Такого же рода повреждения могут иметь место и при ненасильственном половом сношении, но носящем бурный характер. Это также необходимо иметь в виду при экспертизе.

Отличие разрывов девственной плевы от естественных выемок. Значительные затруднения при экспертизе могут возникать в тех случаях, когда требуется установить, было ли введение полового члена во влагалище. При этом необходимо иметь в виду, что некоторые формы девственной плевы характеризуются наличием по своему краю естественных выемок. Эти выемки можно принимать за имевшие место разрывы девственной плевы. Отличить естественные выемки от бывших разрывов не так легко, здесь требуется тщательное исследование края девственной плевы с лупой или лучше с операционным микроскопом. По существу единственным достоверным отличием будет характер краев имеющегося дефекта — у естественной выемки цвет края слизистой неизмененный, одинаковый с окружающей тканью. На месте же бывших разрывов края имеют иногда белесоватый цвет вследствие образования

рубцовой ткани. Однако нередко рубцы бывают настолько нежны и тонки, что почти не отличаются от окружающей слизистой оболочки.

Полученные при исследовании данные необходимо оценить и правильно сформулировать заключение. Оценка полученных данных будет зависеть от характера и давности обнаруженных изменений. В экспертной практике приходится устанавливать: а) отсутствие повреждений девственной плевы; б) свежие повреждения девственной плевы; в) отсутствие свежих повреждений девственной плевы.

При отсутствии повреждений девственной плевы формулировка заключения будет зависеть от формы и состояния девственной плевы, которые могут быть следующими:

а) Форма и состояние девственной плевы, исключающие возможность введения полового члена во влагалище без нарушения целостности девственной плевы. Это, безусловно, устанавливается при большинстве форм девственной плевы, когда ее форма и характер отверстия (отверстий) таковы, что отверстие не пропускает конца пальца, хорошо определяется кольцо сокращения и сама форма девственной плевы свидетельствует о том, что введение полового члена во влагалище невозможно без нарушения ее целостности. В подобных случаях детально описываются форма девственной плевы, ее отверстие и возможность или невозможность введения только конца пальца в отверстие плевы. Формулировка заключения эксперта в этом случае будет следующая: «У гр-ки Н. обнаружена девственная плева такой-то формы (целая, неповрежденная). Отверстие девственной плевы пропускает только конец пальца (палец). Форма и состояние девственной плевы у гр-ки Н. исключают возможность введения полового члена во влагалище без нарушения ее целостности. Из этого следует, что гр-ка Н. половой жизнью не жила».

б) Девственная плева обнаруживается неповрежденной, с целым, неповрежденным краем, но она легко растяжима, отверстие ее свободно пропускает 1—2 сложенных пальца. При такой форме девственной плевы половое сношение возможно и без нарушения ее целостности. В таких случаях формулировка будет следующая: «У гр-ки Н. обнаружена девственная плева циркулярной формы, целая, неповрежденная. Отверстие девственной плевы легко растяжимо и свободно пропускает два сложенных пальца. Форма и состояние девственной плевы, ее эластичность допускают возможность введения полового члена без нарушения ее целостности».

Нужно иметь в виду, что и при таких формах девственной плевы, как, например, перегородочная или двухкончатая, не исключается возможность полового сношения без нарушения ее целостности, когда одно из двух отверстий растягивается. Сохранение целостности девственной плевы при такой форме иногда наблюдается и при регулярной половой жизни.

Одним из признаков половой неприкосновенности при неповрежденной девственной плеве, как указывают некоторые авторы, является ощущение кольца сокращения при введении в отверстие девственной плевы конца пальца или всего пальца.

Необходимо предупредить о двух возможных ошибках при оценке этого признака: а) кольцо сокращения может наблюдаться у женщины, живущей половой жизнью, в результате сокращения мышц входа во влагалище, что может быть обусловлено индивидуальными особенностями или вагинизмом; б) кольцо сокращения может отсутствовать или быть мало ощутимым при эластичной, растяжимой девственной плеве, дряблой девственной плеве или же при формах девственной плевы, ха-

рактизирующихся большим количеством естественных выемок, лоскутных и спиральных формах девственной плевы.

Следовательно, кольцо сокращения не является безусловным признаком половой неприкосновенности.

При обнаружении свежих надрывов девственной плевы имеет значение их давность, что и требуется обычно устанавливать на основании обнаруженных изменений. Края надрывов претерпевают изменения, обусловленные их заживлением. Характер и длительность последнего неодинаковы и зависят от ряда условий и прежде всего от формы девственной плевы. Разрывы мясистой и утолщенной плевы заживают более длительное время, чем тонкой и высокой плевы. Разрывы девственной плевы, продолжающиеся на стенку влагалища, заживают еще более длительное время. Инфицирование разрывов затягивает заживление на еще более длительный срок, так же как и повторная травматизация девственной плевы. Эти условия необходимо учитывать при оценке обнаруживаемых повреждений.

В общем можно указать на следующие изменения девственной плевы, соответствующие определенной давности повреждений. При давности повреждений:

2—3 дня — разрывы девственной плевы кровоточат, покрыты свертками крови, слизистая в окружности разрывов раздражена, отечна. При незначительных прикосновениях к таким разрывам наблюдается кровотечение. На слизистой входа во влагалище могут обнаруживаться отдельные кровоподтеки красно-багрового цвета;

3—5 дней — края разрывов покрываются сероватым налетом в виде наложений или пленок. Отечность окружающей разрывы ткани несколько уменьшается, кровоподтеки в слизистой рассасываются и более бледны;

5—7 дней — воспаление в окружающих разрывы девственной плевы участках уменьшается и интенсивности; кровоподтеки рассасываются; на местах разрывов выявляется грануляционная ткань;

7—10 дней — происходит дальнейшее развитие грануляционной ткани и превращение ее в нежную рубцовую ткань;

13—15 дней — к этому времени рубцевание заканчивается, и установление давности разрывов затруднительно или почти невозможно.

При заживлении разрывов мясистой девственной плевы грануляционная ткань может обнаруживаться и позднее — через 14—18 дней, а иногда затягивается и до 3 недель. К этому времени еще могут быть обнаружены участки грануляционной ткани более красные, чем окружающая ткань. М. Г. Сердюков рекомендует для выявления грануляций пользоваться следующим приемом: девственная плева растягивается, как при обычном исследовании, к ней прикасаются, легко надавливая пальцем. При таком прикосновении край и выемки девственной плевы ощущаются как мягкая ткань, а в области разрывов при прикосновении ощущается болезненность и появляются небольшие кровянистые выделения. При повторном исследовании через 10—12 дней в этих участках на месте бывших грануляций обнаруживаются уже белесоватые рубчики.

Такое детальное исследование позволяет выявить повреждения девственной плевы давностью не позднее 2 недель. Если наблюдается инфицирование разрывов девственной плевы, то заживление протекает более продолжительное время. Заживление девственной плевы происходит только вторичным натяжением и зависит от количества разрывов, степени травматизации девственной плевы, инфицирования тканей в области разрывов и, как уже было сказано, от формы самой девственной

плевры. В общем же обычные сроки заживления девственной плевры — 5—7 дней. В отдельных случаях оно затягивается до 3 недель.

При обнаружении свежих повреждений заключение формулируется следующим образом: «У гр-ки Н. обнаружено свежее нарушение целостности девственной плевры. Срок давности этих повреждений 2—3 дня (5—7 дней; 8—10 дней)».

Оценка результатов исследования при давних повреждениях девственной плевры. Как уже было сказано, заживление разрывов девственной плевры заканчивается в среднем через 5—7 дней. После этого установить давность повреждений девственной плевры уже не представляется возможным. Поэтому определение срока нарушения целостности девственной плевры, как это нередко требуется в уголовных делах, представляет значительные трудности, а иногда и просто невозможно. Определение срока нарушения целостности плевры зависит от возможности обнаружения следов нарушения, т. е. рубчиков после разрывов. В одних случаях такие рубчики обнаруживаются легко и просто, без особых затруднений. Они располагаются на характерных местах — хорошо выражены на краях бывших разрывов, проникающих до основания девственной плевры. В других же случаях обнаружить следы бывших разрывов очень трудно, так как их нелегко отличить от естественных выемок. Неопытные эксперты нередко принимают естественные выемки за бывшие разрывы и, наоборот, бывшие разрывы за естественные выемки.

Отличительными признаками, позволяющими произвести дифференцированную диагностику, являются следующие. Ткань девственной плевры по краям выемки не отличается от окружающей ткани, т. е. слизистая девственной плевры повсюду одинакового розового цвета, ровная, гладкая, без уплотнений. Края разрывов отличаются от окружающей ткани большей плотностью — слегка белесоватой окраской. В затруднительных случаях осмотр необходимо производить с сильной лупой, кольпоскопом, операционным микроскопом. Разрывы нужно проследить на слизистой влагалища, куда они могут продолжаться.

Некоторым указанием может служить симметричное расположение выемок, хотя этот признак весьма недостаточен. С выемками могут совпадать иногда влагалищные столбы (мышечные пучки).

Нарушенная девственная плева свободно пропускает 1—2 пальца, и кольцо сокращения при этом обычно не ощущается. Но основным признаком все-таки является наличие рубцовых изменений по краям разрывов девственной плевры.

Как известно, девственная плева может сохраняться и после родов. Во время родов происходит повреждение девственной плевры, которая разрывается на отдельные лоскуты. Одновременно с разрывами девственной плевры происходят надрывы и разрывы влагалища, а также кровоизлияния в ткань влагалища в результате давления головки плода, и поэтому девственная плева после родов остается иногда в виде отдельных лоскутов, на которых появляются бородавчатые и конические, так называемые миртовидные сосочки. Обнаружение при исследованиях характерных миртовидных сосочков у входа во влагалище указывает на то, что имели место роды, т. е. что данная женщина рожала. В зависимости от обнаруженных изменений заключение формулируется следующим образом: «При исследовании гр-ки Н. обнаружено, что целостность девственной плевры у нее нарушена. Установить срок нарушения девственной плевры не представляется возможным».

Дополнительные исследования. В некоторых случаях, если это требуется по ходу экспертизы, необходимо производить иссле-

дование влагалищного содержимого. Для этой цели берут платиновой пеглей или ватным тампоном (в зависимости от возраста свидетельствуемой) на стеклянной палочке, зонде или пинцете влагалищное содержимое, из которого делают мазки и направляют их в лабораторию.

Во влагалищном содержимом могут быть обнаружены сперматозоиды. Продолжительность сохранения спермы во влагалище различна. Во всяком случае сперма может обнаруживаться иногда в течение нескольких дней (до 6 дней). Обнаружение спермы во влагалище имеет значение, конечно, для не живущих половой жизнью.

Если возникает необходимость проверить возможность заражения венерической болезнью, то для этой цели лучше направить свидетельствуемую в венерологический диспансер, где могут быть произведены необходимые исследования.

В некоторых случаях может быть проведена проба цервикального секрета, предложенная В. Г. Бернардом (1940). Проба заключается в следующем: при гинекологическом исследовании лиц, испытавших половые ощущения или занимавшихся мастурбацией, из канала шейки матки появляются в значительном количестве выделения молочного цвета с сероватым оттенком, густоватой консистенции или сероватого цвета и водянистой консистенции. Выделение слизистого секрета из канала шейки В. Г. Бернардт чаще всего наблюдал у девиц мастурбирующих (65%), у дефлорированных (54%), у женщин, регулярно живущих половой жизнью (35%). У девушек, не знакомых с половыми ощущениями, выделение слизистой из канала шейки матки при гинекологическом исследовании никогда не отмечалось. Пробу, предложенную В. Г. Бернардом, можно также принимать во внимание как некоторое указание на доказательство половой жизни.

Осмотр вещественных доказательств. Нередко лица, направленные для установления половой неприкосновенности, предъявляют эксперту различные предметы, чаще всего одежду, на которых, по их заявлению, должны быть следы крови и семенной жидкости.

Судебно-медицинский эксперт не должен принимать в таких случаях эти предметы на осмотр и исследование и тем более сам направлять их на исследование. Следует рекомендовать тому, кто доставляет такие предметы, передать их представителю органов дознания или следователю, который соответствующим образом оформит эти предметы как вещественные доказательства и направит для специального исследования. В наиболее серьезных случаях эксперт может сам поставить в известность следователя или представителя органов дознания, что доставлены такие предметы и их необходимо изъять и направить для исследования.

Осмотр повреждений. В некоторых случаях при экспертизе по поводу установления половой неприкосновенности свидетельствуемые могут предъявлять и повреждения. Осмотр повреждений производится в обычном порядке. Повреждения описываются и отмечаются в том же самом заключении судебно-медицинского эксперта, которое составляется по поводу установления половой неприкосновенности.

Установление половой неприкосновенности у малолетних и несовершеннолетних мужского пола

Установление половой неприкосновенности у малолетних и несовершеннолетних мужского пола производится крайне редко. Поводом могут быть либо половое сношение с лицом малолетним или несовершеннолет-

ним, либо развратные действия с малолетними и несовершеннолетними, совершенные лицами женского пола. Каких-либо изменений со стороны наружных половых органов у малолетних и несовершеннолетних мужского пола после полового сношения не возникает, поэтому установление половой неприкосновенности при отсутствии каких-либо изменений половых органов у таких лиц невозможно. В некоторых случаях можно обнаружить косвенные указания в виде раздражения полового члена, а также в виде заражения венерической болезнью с локализацией в области половых органов (гонорея, сифилис, мягкий шанкр). Нужно иметь в виду, что детская гонорея у мальчиков не встречается ■ результате внеполового заражения, тогда как у девочек такое внеполовое заражение особой редкости не представляет. Некоторые указания можно получить из лабораторных исследований мазков из препуциального мешка, крайней плоти. В мазках могут быть обнаружены клетки эпителия влагалища, сперматозоиды, флора влагалища.

При экспертизе мальчика или подростка составляется заключение, ■ котором описывается состояние половых органов, и в выводах отмечается, что данных, указывающих на нарушение половой неприкосновенности, при исследовании не обнаружено.

Глава XIX

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, АБОРТА

В уголовных и гражданских делах может возникнуть необходимость разрешения многих вопросов, связанных с беременностью: установление существующей беременности и ее срока, продолжительности, установление бывшей беременности, бывших родов, их давности; установление прерывания беременности, его давности, причины ■ способа аборта, причинной связи прерывания беременности с травмой, механической или психической, и ряд других вопросов.

В уголовных делах установление беременности необходимо производить:

а) ■ делах о нарушении половой неприкосновенности, обвинения ■ развратных действиях, половом сношении с лицом, не достигшим половой зрелости, при изнасиловании, когда последствием этих действий является беременность;

б) при нарушении нормального течения беременности после травмы, психического воздействия или других внешних воздействий;

в) при подозрении ■ детоубийстве, когда исчезает ребенок или обнаруживается труп новорожденного и подозрение падает на определенную женщину; при подкидывании ребенка;

г) при разрешении вопросов, связанных с вынесением приговора и определения меры наказания; при присуждении высшей меры наказания; для отсрочки исполнения приговора беременной, для определения или смягчения меры наказания.

В гражданских делах установление беременности производится:

а) при алиментных исках — для установления наличия беременности ■ ее срока;

б) в делах о наследовании — для установления продолжительности беременности;

- в) в бракоразводных делах;
г) в трудовых делах при нарушении законоположения о приеме на работу при беременности, для определения льгот на получение пособий и др.

Судебно-медицинской экспертизе приходится разрешать при этом следующие вопросы:

- а) установление наличия беременности и ее срока; б) могла ли быть такая продолжительность беременности; в) установление бывшей беременности, родов и давности их.

Методика экспертизы заключается в собирании анамнестических данных и исследовании женщины методами, принятыми в акушерско-гинекологической практике, для установления наличия или отсутствия беременности и выяснения связанных с ней вопросов и требует, конечно, специальных знаний. Экспертиза должна производиться только специалистами акушерами-гинекологами или с их обязательным участием, особенно в тех случаях, когда характер вопросов и исследования женщины представляет значительные сложности. Судебно-медицинскому эксперту, не имеющему специальной подготовки в области акушерства и гинекологии, не следует производить такого исследования самостоятельно и брать на себя ответственность за разрешение этих вопросов. Необходимо в таких случаях сообщить следователю, чтобы к участию в экспертизе был привлечен опытный акушер.

При собирании анамнеза нужно иметь в виду прежде всего возможность сообщения неправильных сведений и силу заинтересованности женщины в сокрытии тех или иных фактов, которые необходимо правильно осветить. Поэтому к таким сведениям следует относиться весьма критически, стараясь подтвердить их объективными данными.

Анамнестические данные должны касаться физиологических функций, относящихся к половой сфере: начала менструаций, их характера, продолжительности, регулярности; начала половой жизни; даты последней менструации (ее первого и последнего дня); сведений, касающихся выяснения оплодотворяющего полового сношения; количества беременностей, родов, аборт и других данных, относящихся к специальному анамнезу.

В этом разделе приводятся только основные и самые общие сведения, касающиеся физиологии беременности, ее особенностей и некоторых других вопросов. Необходимые сведения можно найти в руководствах по акушерству и специальных монографиях, где эти сведения подробно изложены.

Физиология беременности. Беременность начинается с зачатия. Последним называется соединение мужской половой клетки с яйцом, т. е. с женской половой клеткой. При половом сношении сперма выбрасывается во влагалище в количестве 5—8 мл, в которых содержится от 200 до 500 млн. сперматозоидов. Сперма скапливается преимущественно в заднем своде влагалища, откуда сперматозоиды частью присасываются в матку, частью активно проникают туда через слизистую пробку и дальше через полость матки поступают в ампулярный конец трубы. Благодаря собственным движениям сперматозоиды проходят в минуту по 2—3 мм и через 1—2 часа после полового сношения могут быть обнаружены уже в матке. В ампулярном конце трубы сперматозоиды могут сохраняться живыми в течение нескольких дней. Полагают, что сперматозоиды в организме женщины сохраняют свою оплодотворяющую способность 2—3 дня, после чего гибнут. В брюшную полость сперматозоиды поступают уже к концу суток. Однако одного проникновения сперматозоидов в матку и трубы еще недостаточно, требуется,

чтобы это произошло в период овуляции, т. е. выхода яйцевой клетки из яичников.

Овуляция происходит не в точно установленный день менструального периода. Менструальный цикл имеет, как известно, различную продолжительность, чаще всего это 28-дневный цикл. Наблюдаются также 32-дневный, 30-дневный и 21-дневный циклы. Колебания в продолжительности менструального периода могут иметь место у одной и той же женщины. Время овуляции также подвержено колебаниям и никогда не может быть установлено точно. В среднем овуляция происходит за 10—12 дней до начала ближайшей менструации, но эти колебания могут быть и более значительными. Так, при 28-дневном цикле овуляция может иметь место, по Руге и Меерову, на 8—14-й день, по Зигелю и Таката — на 10—15-й день, по Френкелю — на 14—19-й день, по Нюрнбергу — на 15—20-й день; по Кнаусу — на 14-й день, по Огино — на 12—16-й день (цит. по И. И. Богорову, 1939). Другие же считают, что овуляция обычно происходит в ближайшие дни до и после менструации или же во время самой менструации. По мнению М. С. Малиновского, Е. Н. Петровой и др., овуляция происходит за 10—12 дней до начала ближайшей менструации. Так как менструальный и овуляторный циклы у каждой женщины подвержены колебаниям и не являются строго определенными и регулярными, то точное установление времени овуляции вообще невозможно.

Исходя из этих данных, а также из того, что женское яйцо способно к оплодотворению после овуляции лишь в течение очень короткого времени, установить точно дату оплодотворения также не представляется возможным.

Сперматозоиды во влагалище попадают в неблагоприятную среду, так как влагалищный секрет обладает кислой реакцией. Реакция влагалищного секрета не всегда одинакова, а изменяется в различные фазы менструального цикла. В средние дни межменструального периода реакция влагалищного секрета обладает наименьшей кислотностью. Во влагалищном секрете сперматозоиды сохраняют свою активность 24 часа, а в шейке матки — до 2 суток. В трубах сперматозоиды могут сохранять способность к движению до 50 часов. Условия для существования сперматозоидов в трубах более благоприятные, но это не значит, что в течение указанного времени сперматозоиды сохраняют способность к оплодотворению.

Когда же может произойти оплодотворение? В настоящее время существует мнение, что беременность чаще всего наступает в средние дни межменструального периода, но в то же самое время утверждают, что оплодотворение может наступить в любой день межменструального цикла.

Следовательно, для экспертизы не имеется таких данных, по которым можно было бы установить точно срок оплодотворения. В настоящее время наука не располагает данными, которые могли бы позволить точно установить начало беременности. Так как обычно предполагают, что беременность возникла около середины межменструального периода, то этим самым допускается возможность ошибок в несколько дней в ту или в другую сторону. Однако надо иметь в виду, что такая ошибка может иногда равняться 2 неделям.

Беременность вызывает в организме женщины изменения, касающиеся всех тканей, органов и систем.

Изменения касаются скелета грудной клетки, тазовых костей и других частей скелета. Происходят изменения в покровах тела, брюшной стенке, клетчатке, половых органах, со стороны желез внутренней сек-

реции и т. д. Эти изменения весьма значительны, и некоторые из них легко определяются и служат данными для диагностирования беременности.

Диагностика беременности зависит прежде всего от ее срока: чем меньше срок беременности, тем труднее ее диагностировать. Поэтому и методы исследования беременности в известной мере обусловлены ее сроками.

Различают ранние и поздние сроки беременности. Некоторые указания при этом можно получить из анамнеза. С началом беременности прекращаются менструации. В отдельных случаях они могут продолжаться в обычные сроки один или несколько раз, но характер их отличается от обычных менструаций; они бывают кратковременными, в несколько часов, иногда 1—2 суток, скудными и выделения имеют более светлую окраску. Однако нужно иметь в виду, что одно прекращение менструаций не обязательно указывает еще на беременность. Оно может быть обусловлено изменениями в половых органах, какими-либо заболеваниями, наступлением климактерического периода в раннем возрасте, психической травмой, авитаминозами и другими причинами.

Необходимо установить дату последнего полового сношения; после этого выяснить имеющиеся жалобы, обращая внимание на те данные, которые могут указывать на беременность.

Акушеры различают признаки беременности предположительные, вероятные и достоверные.

Предположительные признаки беременности. 1. Желудочно-кишечные расстройства, тошнота и рвота (особенно по утрам), изменение аппетита, появление необычного вкуса, иногда запоры. 2. Извращение обонятельных ощущений. 3. Усиление пигментации кожных покровов лица (лоб, верхняя губа, щеки — так называемая хлоазма беременных); пигментация сосков и околососковых кружков, белой линии, появление на коже живота «полос беременности». 4. Отложение подкожного жира, увеличение живота. 5. Функциональные расстройства со стороны нервной системы и психики.

Вероятные признаки беременности. 1. Прекращение менструаций. 2. Синюшная окраска наружных половых органов, слизистой входа во влагалище, стенок влагалища и стенки матки. 3. Увеличение матки, изменение ее формы и консистенции. 4. Изменения молочных желез — их увеличение, нагрубание, появление молозива. 5. Появление биологических и гормональных реакций на беременность.

Достоверные или несомненные признаки беременности. 1. Сердцебиение плода. 2. Движения плода, устанавливаемые самой матерью и посторонними лицами. 3. Наличие частей тела плода, определяемых пальпацией или при рентгенографии.

В судебно-медицинской практике требуется всегда точное установление беременности и ее срока с учетом особенностей этой экспертизы. В обычной акушерской практике не приходится встречаться с той заинтересованностью в определенном заключении, как в судебно-медицинской практике.

Отдельные группы признаков беременности, о которых говорилось выше, имеют поэтому относительную ценность (прежде всего так называемые предположительные признаки) в диагностическом отношении. Тошнота и рвота по утрам не обязательно могут быть обусловлены беременностью. При беременности иногда наблюдаются потеря аппетита, непереносимость и отвращение к определенным видам пищи; наблюдаются извращения вкуса, прихоти — потребность в соленом, кислом, иногда потребность к таким несъедобным вещам, как мел, уголь. Отме-

чаются также
носимости опре
Известную цен
вов, возникнове
Большую
крашение менс
нение самой ма
С IV меся

Иногда с 15—16
можно прослущ
вать и подсчит
минуту. Движе
беременности.
установить част
беременности и

Наиболее ча
наличие б
диагностика ра

именно в эти ср
В клиническ
вить ранний ср
стоящее время с
предложены гор
ментные и хим
нашли широко
диагностики ра

К гормональ
относятся: реак
рые другие. Аш
тод диагностики
основана на поя
редней доли гип
чается в том, ч
белым мышам м
дается особая р

Реакция Аш
сроком в 4—5 н
до 8-го дня посл
брегать этой ре
аборт. После ро
день. Для устан
дека имеет боль

Помимо реак
Фридмана. Посл
щины вводят в у
полость. При по
резкие изменени
ваны. В них по
ные невооружен
вится отечной, з
ции Фридмана.
Применяются
быстрые тесты.

18 м. и. Авдеев

чаются также расстройства обоняния, которые заключаются в непереносимости определенных запахов — духов, лука, табачного дыма и др. Известную ценность имеет появляющаяся пигментация кожных покровов, возникновение «полос беременности».

Большую ценность имеют вероятные признаки беременности — прекращение менструаций, синюшность наружных половых органов, изменение самой матки, размягчение шейки матки и другие симптомы.

С IV месяца появляются достоверные симптомы беременности. Иногда с 15—16-й недели и обязательно с 18—20-й недели беременности можно прослушивать сердечные тоны плода; на V месяце — прослушивать и подсчитывать частоту сердцебиения, достигающую 140 ударов в минуту. Движения плода могут быть установлены на 19—20-й неделе беременности. С IV же месяца беременности можно при пальпации установить части тела плода; с этого времени возможно установление беременности и рентгенографией.

Наиболее часто в экспертной практике необходимо устанавливать наличие беременности в ранние ее сроки. Поэтому диагностика ранней беременности имеет большое значение, но как раз именно в эти сроки беременности чаще всего и возможны ошибки.

В клинической практике нередко также чрезвычайно важно установить ранний срок беременности (или отвергнуть беременность). В настоящее время с этой целью используются биохимические реакции. Были предложены гормональные методы диагностики беременности, ферментные и химические методы. Ферментные и химические методы не нашли широкого применения в практике; гормональные же методы диагностики ранней беременности успешно применяются.

К гормональным методам диагностики беременности, в частности, относятся: реакция Ашгейма—Цондека, реакция Фридмана и некоторые другие. Ашгейм и Цондек в 1927 г. предложили гормональный метод диагностики ранней беременности. Предложенная ими реакция основана на появлении при беременности в моче женщины гормона передней доли гипофиза, пролана, в большом количестве. Реакция заключается в том, что при введении инфантильным, т. е. неполовозрелым, белым мышам мочи беременной женщины в организм мыши наблюдается особая реакция в яичниках и матке животного.

Реакция Ашгейма—Цондека позволяет установить беременность сроком в 4—5 недель. Положительная реакция может быть получена и до 8-го дня после удаления плодного яйца. Поэтому не следует пренебрегать этой реакцией в случаях, когда нужно установить бывший аборт. После родов положительная реакция наблюдалась и на 14-й день. Для установления ранней беременности реакция Ашгейма—Цондека имеет большое значение.

Помимо реакции Ашгейма—Цондека, применяется также реакция Фридмана. Последняя заключается в том, что мочу беременной женщины вводят в ушную вену половозрелых крольчих по 4 мл 6 раз в течение суток. Затем животное забивают и у нее вскрывают брюшную полость. При положительной реакции на беременность наблюдаются резкие изменения в яичниках и матке: яичники увеличены, гиперемированы. В них появляются кровоизлияния в фолликулы, хорошо заметные невооруженным глазом. Матка увеличивается в размере, становится отечной, застойной. Предложен ряд модификаций также и реакции Фридмана. Реакции Ашгейма—Цондека и Фридмана могут быть проведены в женской консультации.

Применяются и многие другие биохимические реакции, в частности быстрые тесты.

Определение срока беременности. В судебно-медицинской практике очень часто чрезвычайно важно определить срок беременности. Последний устанавливается на основании комплекса признаков, из которых каждый сам по себе не является достаточным для того, чтобы по одному ему установить срок беременности.

В гражданско-правовой практике иногда требуется установить, могла ли беременность быть такой продолжительности, меньше или больше средней продолжительности. Поэтому прежде всего необходимо остановиться на продолжительности человеческой беременности. Этому вопросу посвящена очень большая специальная литература. Установить продолжительность человеческой беременности чрезвычайно трудно, что объясняется невозможностью определить момент овуляции и точные даты оплодотворения даже при однократном совокуплении, которое было оплодотворяющим, в силу того, что неизвестен момент оплодотворения. Наблюдения, основанные на большом материале, показывают, что продолжительность беременности может колебаться в пределах до 100 дней.

Минимальная продолжительность беременности, заканчивающейся родами доношенным, зрелым плодом, определяется ■ 210—246 дней. Вместе с тем приводятся сроки продолжительности беременности у человека в 349, 360, 367 и в 369 дней. Средняя продолжительность беременности составляет, по данным различных авторов, от 278,8 до 280,5 дня. Но приблизительно треть всех наблюдаемых беременностей не соответствует средней продолжительности. Беременность продолжительностью свыше 40—42 недель называют переношенной; при этой наблюдаются изменения со стороны плода. Беременность минимальной продолжительностью в 230 дней может закончиться рождением плода со всеми признаками зрелости. Если беременность окончилась родами, то единственным критерием срока беременности являются признаки зрелости плода.

Главными признаками зрелости новорожденного являются его рост и вес, особенно же рост. И рост и вес могут колебаться в значительных пределах. Так, вес новорожденного при срочных родах может быть от 2500 до 5500 г; средний вес равен 3200—3250 г. Рост может колебаться в пределах 48—58 см; средний рост для обоих полов 50,9 см. Нижними границами роста и веса для зрелых доношенных новорожденных установлены 47 см и 2500 г.

Кроме доношенности и зрелости плода, для определения срока беременности используются следующие данные.

Дата полового сношения, которое могло быть оплодотворяющим. Но эта дата может иметь значение только ■ том случае, если было одно половое сношение. Беременность наступает обычно через 2—3 дня после полового сношения. Средняя продолжительность беременности от оплодотворяющего полового сношения колеблется в пределах 264—275 дней.

Беременность по сроку овуляции практически не может быть определена, так как не может быть точно установлена дата овуляции. Обычно устанавливают для этого день ожидавшейся, но не наступившей менструации и от этого дня отсчитывают назад 14—16 дней или 11—19 дней. Таким образом определяют возможное время овуляции. Роды обычно наступают через 273 дня с момента овуляции.

Определение срока беременности по дате последней менструации. От последней менструации до родов проходит в среднем 277,4 дня. Чтобы установить дату родов, к последнему дню последней менструации прибавляют 7 дней и от этого дня вычитают 3 месяца.

Определение сроков беременности по дате первого шевеления плода. При первой беременности движения плода ощущаются около 20-й недели; при повторной беременности — около 18-й недели. Ощущение движения плода может появляться в различное время у разных беременных. За движения плода могут ошибочно принимать перистальтику кишечника. По шевелению плода поэтому срок беременности можно устанавливать только приблизительно.

Определение срока беременности по величине матки. Принимают во внимание высоту стояния дна матки над симфизом. К концу I месяца (4 недели) матка не определяется через брюшные покровы, так как к этому времени величина матки лишь несколько больше куриного яйца. Диагностика этого срока беременности почти невозможна. К концу II месяца (8 недель) величина матки — с женский кулак, дно ее немножко выше симфиза. К концу III месяца (12 недель) дно матки возвышается над симфизом на 3 поперечных пальца. К концу IV месяца (16 недель) дно матки находится на середине между лобком и пупком и возвышается над симфизом на 4 поперечных пальца. К концу V месяца (20 недель) дно матки стоит на 2 пальца ниже пупка; заметно выпячивается брюшная стенка вперед. К концу VI месяца (24 недели) дно матки располагается на уровне пупка. К концу VII месяца (28 недель) дно матки на 2—3 пальца выше пупка. К концу VIII месяца (32 недели) дно матки определяется на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком; пупок сглаживается. К концу IX месяца (36 недель) дно матки достигает наивысшей точки — в подложечной ямке и по бокам реберных дуг. К концу X месяца (40 недель) дно матки опускается до уровня середины между пупком и мечевидным отростком; окружность живота при этом равна 96—100 см.

Этот метод определения срока беременности очень неточен и его заменяют иногда измерениями в сантиметрах.

Определение срока беременности по размерам головки плода. Для определения срока беременности измеряется лобно-затылочный размер головки тазомером через брюшные покровы.

Определение срока беременности по длине плода. При правильном членорасположении длина плода в матке равна половине его истинной длины. Если измерить длину матки от предлежащей части плода до ее дна, то по этой длине можно определить длину плода умножением полученного размера на 2. Зная же длину плода, можно установить срок беременности, для чего полученную длину плода во второй половине беременности делят на 5. Для определения срока беременности используют также состояние шейки матки с совокупностью всех данных. Для более быстрого определения срока беременности пользуются акушерским календарем.

Необходимость установления бывших родов может потребоваться по различным поводам. Поступает заявление, что женщина была беременна, но беременность свою старалась скрыть. По-видимому, были роды, но ребенка нет. Обнаруживается труп новорожденного, в связи с чем разыскивается мать. Установление бывших родов может быть связано с детоубийством. Женщина может скрывать, что она была матерью по разным причинам. В других случаях она может утверждать, что родила ребенка, который на самом деле ею похищен.

При этой экспертизе приходится разрешать следующие вопросы: рожала ли женщина вообще или не рожала; если рожала, то как давно были роды.

Разрешение этих вопросов требует акушерско-гинекологического исследования.

По состоянию половых органов можно установить, что женщина не рожала. Возможность установления бывших родов зависит от давности их. В первые дни и недели после родов диагноз бывших родов ставят без затруднений по состоянию половых органов, выделениям из них, родовым повреждениям половых путей, по состоянию, выделению и цитологическому анализу молочных желез. После инволюции матки установление бывшей беременности представляет значительные трудности. Указанием на бывшие роды могут быть рубцы влагалища после разрывов, имевших место в процессе родов, надрывов шейки матки. В этих случаях могут быть затруднения в определении давности родов.

Заключение судебно-медицинского эксперта

29 сентября 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры города Н., юриста III класса Петрова Ю. Г., от 28 сентября 1966 г. судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы города Н. Николаев С. Г. и акушер-гинеколог Афанасьев К. Д. в гинекологическом отделении больницы произвели осмотр девочки Романовой Серафимы, 14 лет, для определения достижения ею половой зрелости и установления у нее срока беременности.

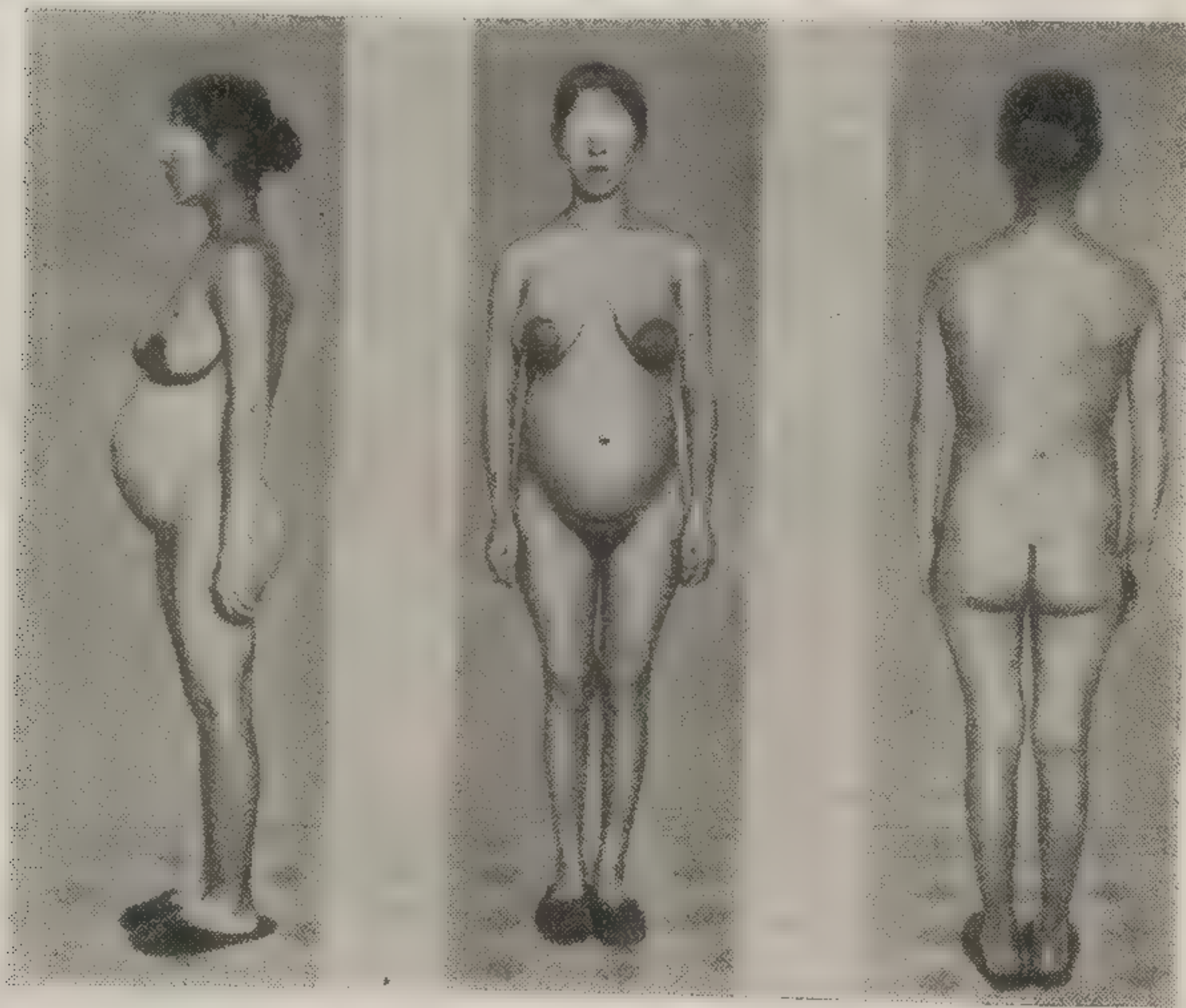


Рис. 62. Беременность у девочки 14 лет.

Обстоятельства дела и документальные данные. 10/IX 1966 г. Романова обратилась в детскую консультацию с жалобой на боли в животе. При осмотре ее было установлено (рис. 62), что у нее имеется беременность 20—22 недель. Об этом были поставлены в известность органы милиции. Романова рассказала, что в первых числах мая 1966 г. она имела половое сношение с гр-ном Никитиным, а в июле 1966 г. неоднократно имела половые сношения с гр-ном Архиповым. Против Никитина и Архипова было возбуждено уголовное дело, ■ связи с чем Романова и была направлена для судебно-медицинской экспертизы.

Данные объективного исследования: при опросе Романовой установлено, что менструации у нее появились на 12-м году, по 5—6 дней, безболезненные. Последняя менструация была 29/IV 1966 г. Учиться начала в 1960 г. Училась плохо, оставалась на второй год. Всего окончила 4 класса.

Рост Романовой 143 см, вес 44 кг, окружность груди 72 см, окружность плечей 18 см, окружность бедер 40 см. Размеры таза: расстояние между осями 22 см, между гребешками — 24 см, между трохантерами — 26 см, наружная конъюгата — 16 см. Телосложение правильное, питание среднее. Верхние и нижние конечности несколько укорочены, скелетная мускулатура развита слабо, молочные железы развиты хорошо, в коже их мелкие белесоватые рубчики, железы грушевидной формы, отвисшие, размером 11×11 см, соски и околососковые кружки хорошо выражены, резко пигментированы, темно-коричневого цвета. Волосы в подмышечных впадинах единичные, волосы на лобке развиты слабо. Наружные половые органы недоразвиты: большие половые губы развиты недостаточно, с небольшим количеством подкожной клетчатки, малые губы и клитор выступают из-за больших губ, половая щель несколько зияет, девственная плева кольцевидной формы, мясистая; соответственно цифрам 3—5—7 циферблата часов имеются старые разрывы, доходящие до основания плевы. Дно матки на 3 поперечных пальца выше пупка, на 29 см выше лобкового сочленения, окружность живота 79 см, положение плода продольное, головка стоит высоко над входом в таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, хорошо прослушивается справа.

Выводы. На основании данных осмотра Романовой С., 14 лет, устанавливается следующее.

1. Романова С. в настоящее время, а следовательно, и несколько месяцев назад половой зрелости не достигла. По физическому развитию она соответствует своему возрасту — 14 годам.

2. У Романовой установлена беременность, срок которой соответствует 26—27 неделям.

3. Общее физическое состояние ее организма соответствует возрасту. Недоразвитие и некоторая деформация таза ■ связи с перенесенным в детстве рахитом свидетельствуют о том, что самостоятельные роды живым и доношенным ребенком, без каких-либо осложнений, для нее невозможны. Поэтому родоразрешение ее придется проводить путем оперативного вмешательства (кесарева сечения).

4. Девственная плева у Романовой нарушена давно. Давность нарушения в настоящее время установить невозможно.

Судебно-медицинский эксперт
Акушер-гинеколог

(подпись)

(подпись)

Права и обязанности эксперта согласно ст. 82 УПК РСФСР известны, по ст. ст. 181 и 182 УК РСФСР предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт
Акушер-гинеколог

(подпись)

(подпись)

Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел о незаконном аборте

Прерывание беременности при нежелании женщины ее сохранить разрешено Законом. Это привело к резкому сокращению криминальных аборт. Поэтому в настоящее время экспертиза по такого рода делам ■ судебно-медицинской практике встречается не часто. Незаконное производство аборта предусмотрено ст. 116 УК:

«Статья 116. Незаконное производство аборта.

Незаконное производство аборта врачом наказывается лишением свободы на срок до одного года или исправительными работами на тот же срок, или лишением права заниматься врачебной деятельностью.

Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования, наказывается лишением свободы на срок до 2 лет или исправительными работами на срок до одного года.

Действия, предусмотренные настоящей статьей, совершенные неоднократно или повлекшие за собой смерть потерпевшей или иные тяжкие последствия, наказываются лишением свободы на срок до 8 лет».

При расследовании уголовных дел, возбуждаемых в связи с незаконным производством аборта, следователю приходится выяснять, про- верить и устанавливать ряд данных, разъяснение которых требует специальных медицинских знаний. В связи с этим прежде всего требуется судебно-медицинское исследование женщин, подозреваемых в прерывании у себя беременности. Поводы к такому исследованию различные.

Женщина поступает в лечебное учреждение с начавшимся или неполным аборт, иногда в тяжелом состоянии, с явлениями общего заражения организма (сепсиса) и другими болезненными явлениями.

Медицинский персонал лечебного учреждения в таких случаях предполагает наличие криминального аборта, и такой диагноз нередко фигурирует в истории болезни.

Одна или несколько женщин обнаруживаются у лица, которое подозревают в систематическом незаконном производстве аборт. Обычно таких женщин направляют также для исследования в лечебное учреждение.

Иногда обнаруживают мертвый плод определенного срока развития. При расследовании устанавливают женщину, подозреваемую в прерывании беременности. Ее также направляют для осмотра в лечебное учреждение и последующего проведения судебно-медицинской экспертизы.

Могут встретиться и другие поводы, когда требуется судебно-медицинская экспертиза женщин в связи с прерыванием беременности.

Во всех этих случаях при судебно-медицинской экспертизе приходится выяснять следующие данные:

беременна ли данная женщина и если да, то какой срок беременности;

не имело ли место прерывание беременности и если да, то на каком месяце;

не было ли в данном случае самопроизвольного прерывания беременности;

если имело место прерывание беременности, то каким способом и какие имеются для этого доказательства;

какие последствия имело прерывание беременности;

какова степень тяжести причиненных при прерывании беременности повреждений;

какова степень тяжести осложнений, возникших с перерывом беременности;

не имеется ли стойкая утрата трудоспособности в связи с повреждениями или осложнениями, возникшими вследствие прерывания беременности. Если да, то каковы размеры стойкой утраты трудоспособности;

не связаны ли возникшие осложнения после прерывания беременности с антисанитарной обстановкой и способом производства аборта.

Таковы основные вопросы, которые могут возникать при расследовании дел о незаконном производстве аборта. Судебно-медицинскую экспертизу в таких случаях приходится проводить иногда только по материалам дела. Их иногда может быть достаточно для того, чтобы составить заключение.

В других случаях приходится производить осмотр женщины, у которой было или предполагается прерывание беременности.

Планирование судебно-медицинской экспертизы заключается в следующем.

Ознакомление с постановлением следователя и материалами дела, в том числе с медицинскими документами. Анамнез, соби́рание анамнестических сведений по обстоятельствам дела и специального анамнеза. Осмотр женщины — общий, половой сферы, выделений, эмбриона, если он имеется. Лабораторное исследование: секрета молочных желез, выделений из матки, гистологического, бактериоскопического, бактериологического и химического исследований.

Ознакомление с постановлением и материалами дела заключается в детальном их изучении. Выясняют данные, которые нужно получить дополнительными допросами заинтересованных лиц, а также необходимые медицинские и лабораторные исследования. Об этом сообщается следователю для получения соответствующих материалов. Что касается

обстоят
то необ
Нужно
очень р
прерыв
неправд
нятия т
от други
рывания
она это
ствиях,
рывание
ронним
поврежде
женщины
Нужн
дыша, и
вольные
самопрои
точно хор
их и сохр
ный выки

Заболеван
причина

Причина вы
Воспалитель
сферы . . .
Недоразвити
Неправильно
сия) . . .
Опухоли ма
Предлежание
Токсикозы б
Эндокринопа
Гонорея
Сифилис
Грипп
Малярия
Острые инфек
Общие забол
тельные забол
Пиелит
Травма физич
Травма психи

обстоятельств происшествия, относящихся к прерыванию беременности, то необходимо выяснить дату и причину прерывания беременности. Нужно иметь в виду, что в большинстве таких происшествий женщины очень редко сообщают о посторонних лицах, которые производили им прерывание беременности. Обычно выдвигается неправдоподобная и неправдивая версия, что прерывание беременности началось после поднятия тяжести, падения, неосторожного прыжка с высоты, с трамвая и от других причин. В иных случаях женщины настаивают на версии прерывания беременности самой себе, рассказывая и о способах, которыми она это делала. Лишь в отдельных случаях, при особо тяжелых последствиях, женщина рассказывает, кто и каким способом сделал ей прерывание беременности. Иногда указание на производство аборта посторонним лицом можно получить только на основании обнаружения повреждений матки, которые не могли быть произведены рукой самой женщины.

Нужно иметь также в виду возможность самопроизвольного выкидыша, иногда привычного, на чем женщина настаивает. Самопроизвольные выкидыши в практике встречаются не так уже редко. Причины самопроизвольных угрожающих выкидышей в настоящее время достаточно хорошо известны и разработаны мероприятия по предупреждению их и сохранению беременности. Причины, вызывающие самопроизвольный выкидыш, приводятся Е. Ф. Поповой (1950) (табл. 17).

Таблица 17

Заболевания у беременных, могущие служить причиной самопроизвольного выкидыша	Данные гинекологической больницы за 1940 г.		Данные 8-й консультации за 1945 г.	
	число случаев	%	число случаев	%
Причина выкидыша не выяснена	342	57,0	100	50,0
Воспалительные заболевания женской половой сферы	90	15,0	28	14,0
Недоразвитие матки	27	4,5	5	2,5
Неправильное положение матки (ретрофлексия)	12	2,0	4	2,0
Опухоли матки и придатков	10	1,7	2	1,0
Предлежание детского места	12	2,0	3	1,5
Токсикозы беременности	3	0,5	7	3,5
Эндокринопатии (гипертиреозы и др.)	—	—	8	4,0
Гонорея	—	—	2	1,0
Сифилис	—	—	2	1,0
Грипп	12	2,0	5	2,5
Малярия	6	1,0	3	1,5
Острые инфекционные болезни	—	—	1	0,5
Общие заболевания организма, экстрагенитальные заболевания	5	0,8	15	7,5
Пиелит	47	7,8	3	1,5
Травма физическая	49	4,9	10	5,0
Травма психическая	5	0,8	2	1,0
Итого	600	—	200	—

По поводу самопроизвольного угрожающего выкидыша имеется обширная литература.

После собирания анамнестических данных об обстоятельствах возникновения ■ прерывания беременности переходят к сбору специального гинекологического анамнеза.

Осмотр женщины заключается в общем осмотре и гинекологическом исследовании. При осмотре обращают внимание на общее состояние, кожные покровы, состояние молочных желез и другие данные.

При гинекологическом осмотре детально осматривают наружные половые органы, их состояние, окраску слизистой, отсутствие или наличие повреждений, обращают внимание на выделения из половой щели и их характер. Затем зеркалами осматривают влагалище и шейку матки. Отмечают состояние слизистой, отсутствие или наличие повреждений, ожогов, надрывов шейки матки и другие особенности.

Очень внимательно нужно относиться к наличию повреждений. Последние могут быть иногда весьма характерными, например для пулевых шипцов, что может свидетельствовать в свою очередь об участии в прерывании беременности лица, знакомого с употреблением такого инструмента. В некоторых случаях повреждения могут быть мало заметными и тогда необходимо пользоваться кольпоскопом, а за отсутствием его — лобным зеркалом и лупой. Возможно также попытаться произвести осмотр и операционным микроскопом, если он имеется.

Выявление мало заметных следов возможно в тех случаях, когда женщину осматривают спустя некоторое время после прерывания беременности, когда следы повреждений могут выявляться по признакам заживления.

Затем производится обычное гинекологическое исследование для выяснения размеров матки, срока бывшей беременности, наличия или отсутствия каких-либо осложнений, воспалительных изменений и др.

Необходимо применять и биологические пробы для диагностики. Проба Ашгейма—Цондека при полном аборте бывает положительной еще в течение последующих 6—8 дней.

При неполном аборте, если в полости матки остались частицы активной плацентарной ткани, положительная реакция может сохраняться продолжительное время.

Органы расследования могут интересоваться последствиями прерывания беременности, которые бывают различными. Попытка прерывания беременности может сопровождаться шоком различной степени. Женщину в таком состоянии следует доставлять в лечебное учреждение, где все это будет зафиксировано ■ истории болезни.

При попытке прерывания беременности может возникнуть перфорация (прободение) матки, воспаление брюшины или острая кровопотеря, а также повреждение органов брюшной полости. Эти изменения могут быть установлены при оперативном вмешательстве. Последствиями прерывания беременности может быть общее заражение организма — сепсис, в частности анаэробный сепсис, а также воспаление придатков и другие осложнения.

В связи с различными последствиями прерывания беременности перед экспертом могут быть поставлены вопросы об определении степени тяжести причиненных повреждений, например при прободении матки, а также возникших осложнений и их причинной связи с произведенным прерыванием беременности.

Такие осложнения аборта, как тяжелая степень шока, прободение матки, повреждение внутренних органов, острая кровопотеря, эксперт определяет по признаку опасности для жизни и делает заключение, что

такого рода последствия оцениваются как тяжкие телесные повреждения. Что касается таких осложнений, как сепсис и анаэробный сепсис, то эксперт в своем заключении может указывать, что это опасные для жизни состояния и по этому признаку такого рода последствия также могут быть определены как тяжкие телесные повреждения.

Другого рода осложнения, не являющиеся опасными для жизни, оцениваются в зависимости от длительности расстройства здоровья. Такого рода заключения даются лишь в тех случаях, если вопрос о степени тяжести телесных повреждений, возникших в связи с прерыванием беременности, поставлен органами расследования.

Осмотр женщины должен установить прежде всего, была она беременной или нет. Это определяется на основании акушерско-гинекологического исследования с применением, если нужно, и лабораторно-гормональных исследований.

Нужно иметь в виду, что в практике встречаются случаи, когда аборт или попытка прерывания беременности имеет место у небеременной женщины, когда последняя только предполагает, что она беременна.

Известны также в практике аборты при наличии внематочной беременности, которая потом устанавливалась при оперативном вмешательстве.

При экспертизе по поводу прерывания беременности необходимо производить и лабораторное исследование. При обследовании потерпевшей с явлениями общего заражения организма производятся бактериологические исследования выделений, крови, бактериоскопическое исследование выделений. Для диагностики беременности обязательно необходимо производить гистологическое исследование выделений и удаляемых при выскабливании тканей. В последних могут быть обнаружены элементы плодного яйца. Удаленное из полости матки содержимое следует подвергать также судебно-химическому исследованию. При этом могут быть обнаружены такие вещества, как марганцовокислый калий, йод и щелочи (при применении мыльного раствора). О. А. Грищенко (1958) сообщала об обнаружении этих веществ у женщин, поступавших в лечебные учреждения с начавшимся абортом. О. Д. Мацпанова (1940) обнаруживала йод в слюне и моче. В моче может быть найден также хинин и некоторые другие вещества, которые принимали внутрь с целью прерывания беременности.

Исследование секрета молочной железы может быть использовано в качестве дополнительного к клиническому методу диагностики беременности и установления ее срока. Морфологический состав секрета молочной железы изменяется на протяжении беременности. По его особенностям имеется возможность устанавливать такие сроки беременности: 4—11 недель, 12—26 недель, 27—40 недель (К. И. Хижнякова, 1965).

Все обнаруженные изменения при осмотре женщины должны быть подробно описаны, сфотографированы, занесены на схему. Гистологические препараты, имеющие значение для выводов эксперта, также должны быть сфотографированы и приложены к делу.

Примеры. 1. Гр-ка З., 23 лет, замужняя, узнав, что она беременна, решила сделать себе аборт. По совету знакомых вводила в полость матки при помощи резинового баллона с эбонитовым наконечником раствор мыла, содержащий марганцовокислый калий. Проделала это 4/XII 1966 г. около 5 часов утра. После этого пошла на работу. Вечером почувствовала боль внизу живота и 5/XII поступила в гинекологическое отделение больницы с диагнозом «начавшийся аборт».

При поступлении в больницу обнаружено следующее: кожа и видимые слизистые бледные; сознание сохранено; пульс 100 ударов в минуту, среднего наполнения. Пе-

редняя брюшная стенка мягкая. При пальпации определяется болезненная опухоль, достигающая до пупка, смещенная влево от средней линии. Опухоль эта напоминает беременную матку. Шейка матки резко подтянута к симфизу, синюшная, размягчена, не повреждена. Зев щелевидной формы. В 3 см кзади от задней губы ■ заднем своде отверстие размером 5×6 см, из которого выступает неповрежденный плодный пузырь. Край этого отверстия со стороны задней губы кровоподтечен на участке размером 2×1,5 см, остальные края отверстия неровные, отечные, слегка кровоподтечные. Через это отверстие свободно извлечен неповрежденный плодный пузырь с плодом ■ частью плаценты. Длина плода 13 см.

Заключение. На основании данных объективного исследования установлено, что у гражданки З. имеется инфицированный аборт на 14-й неделе беременности с повреждением заднего свода влагалища и матки. Это повреждение влагалища и матки могло быть произведено действием тупого твердого предмета, каким мог быть эбонитовый наконечник резинового баллона.

При такого рода происшествиях, как в приведенном наблюдении, органы расследования иногда ставят вопрос о возможности или невозможности производства прерывания беременности и причинения таких повреждений самой женщиной. Практика показывает, что введение различных предметов ■ матку, ■ частности наконечника баллона, катетера и других, возможно. Возможно при этом и причинение себе таких повреждений.

2. Гр-ка В., 28 лет, будучи беременной, хотела сделать себе аборт. Она договорилась с некоей П., которой и заплатила некоторую сумму денег.

2/VII 1966 г. В. пришла на квартиру к П., где последняя пыталась ввести В. спринцовкой в полость матки раствор марганцовокислого калия и металлический катетер. Но у П. ничего не получилось.

3/VII В. якобы подняла тяжесть, от чего у нее ночью произошел самопроизвольный выкидыш. 4/VII В. поступила ■ больницу с жалобами на общую слабость и небольшие кровянистые выделения.

При осмотре В. было обнаружено следующее: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы обычной окраски, пульс 72 удара ■ минуту, удовлетворительного наполнения ■ напряжения. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

Гинекологическое исследование: живот обычной формы, ■ акте дыхания участвует, безболезненный, матка пальпируется на 1½—2 пальца над лонным сочленением, безболезненная. Слизистая влагалища гиперемирована, из половой щели ■ значительные темно-кровянистые выделения с гнилостным запахом. Матка смещена влево и несколько кзади, величиной с утиное яйцо, плотная, безболезненная, подвижная. Наружный зев приоткрыт, из него выделяется кровянисто-гнильная жидкость с резким запахом, своды безболезненны, придатки не прощупываются. Диагноз: гнойный эндометрит после аборта; других изменений не обнаружено.

Заключение. На основании ознакомления с материалами дела и данными объективного исследования гражданки В. установлено, что ■ настоящее время В. не беременна. Можно полагать, что у В. была беременность 3½—4 месяцев, учитывая, что последняя менструация была ■ начале апреля 1966 г., а также и то, что дно матки прощупывается выше лобка на 1½—2 пальца.

Введение раствора марганцовокислого калия в полость матки вызывает прерывание беременности, так же как и введение металлического катетера. После введения раствора или катетера прерывание беременности наступает примерно в период от нескольких часов до нескольких дней. Этот способ прерывания беременности и условия, в которых оно производилось, является недопустимым и может привести к тяжелым расстройствам здоровья.

3. 6/XI 1966 г. во дворе одного дома был обнаружен детский плод. Было также установлено, что проживающая ■ доме гр-ка Ж., 21 года, утром в этот день была доставлена в гинекологическое отделение больницы с большим кровотечением из половых органов. В истории болезни № 1022 имеются следующие записи: Гр-ка Ж. поступила 6/XI 1966 г. по поводу маточного кровотечения, причину которого не знает и беременность отрицает.

Диагноз: неполный внебольничный выкидыш.

Живот мягкий, над лобком, на 3 поперечных пальца выше, проецируется дно матки. Матка увеличена соответственно 12—14 неделями беременности, зев открыт полностью. Кровотечение сильное, больная тут же взята на стол. После предварительной дезинфекции наружных половых органов введено зеркало Симса. Шейка чистая. Кюреткой сделано выскабливание полости матки, удалено небольшое количество мелких частей последа. Полость матки большая, входит вся кюретка до рукоятки. Кровотечение прекратилось.

В последующие дни состояние удовлетворительное, выделений нет, и 14/XI 1966 г. Ж. была выписана.

16/XI при осмотре судебно-медицинским экспертом Ж. рассказала, что сама себе вызвала аборт путем введения ■ полость матки через металлический катетер мыльного раствора, после чего вышел плод.

Объективные данные: правильного телосложения, видимые слизистые и кожа резко бледны. Волосы на лобке сбриты, наружные половые органы без изменений, слизистая их розового цвета. Из влагалища выделяется кровянистая слизь. Матка несколько увеличена, зев ее щелевидной формы, шейка матки багрово-синюшного цвета, молочные железы полусферической формы размером 30×25 см; при надавливании из них выделяется полупрозрачная белесоватая жидкость (молозиво).

Заключение. У гр-ки Ж. в настоящее время имеется состояние послеоперационного выскабливания полости матки, произведенного по поводу бывшего у нее неполного внебрюшинного выкидыша. На основании записей в истории болезни можно заключить, что она была беременна и беременность ее была прервана на 12—14-й неделе. Аборт у гр-ки Ж. мог произойти 6/XI 1966 г.

Объективных данных, на основании которых можно было бы установить, произошел ли выкидыш у гр-ки Ж. самопроизвольно или был вызван искусственным образом, не обнаружено. Послеоперационное течение у гр-ки Ж. протекает нормально.

Заключение судебно-медицинских экспертов

10 декабря 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры Н-ской области, юриста I класса Назарова Н. В., от 8 декабря 1966 г. судебно-медицинские эксперты: кандидат медицинских наук Смирнов В. В., заведующая родильным домом № 2, кандидат медицинских наук Трофимова П. К., заведующий гинекологическим отделением Ильин Д. К., произвели судебно-медицинское исследование гр-ки Макаровой Александры Романовны 1944 года рождения.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

Была ли гр-ка Макарова беременна и был ли ей произведен аборт к моменту поступления ее 11/IX с. г. в родильный дом № 2?

Если ей был произведен аборт, то на каком месяце?

Какие вредные последствия для здоровья Макаровой возникли в результате произведенного ей аборта?

Если они наступили, то являются ли они тяжелыми?

Могла ли произойти перфорация матки у Макаровой в результате введения в полость матки резинового катетера, внутри которого находилась стальная проволока, как об этом показывает Макарова?

Могла ли Снегирева, как она сама объясняет, ввести в полость матки Макаровой резиновый катетер с вставленной в него стальной проволокой без применения расширителей или других специальных инструментов?

Обстоятельства дела и документальные данные. В постановлении следователя указано, что медицинская сестра Снегирева Д. Н., работая в терапевтическом отделении больницы, занималась производством криминальных абортов. В августе 1966 г. она сделала аборт гр-ке Синцовой. 20/IX 1966 г. Снегирева произвела аборт гр-ке Макаровой, которая после этого в тяжелом состоянии была доставлена в больницу и находилась там на излечении длительное время. Как видно из истории болезни № 000, гр-ка Макарова А. Р. 21/IX 1966 г. поступила в гинекологическое отделение больницы по поводу септического криминального аборта с явлениями местного перитонита при беременности 16 недель. При поступлении состояние было тяжелое, температура в течение 4 дней держалась в пределах 39,6—38,8°. Проведены искусственные роды с последующим выскабливанием полости матки.

Врачам Макарова рассказала, что 4 дня назад ей был введен в шейку матки катетер, через который вводился какой-то раствор. В момент введения катетера почувствовала острую боль внизу живота справа. 20/IX вечером резко ухудшилось общее состояние, появился озноб и схваткообразные боли внизу живота и поясницы. К утру 21/IX схваткообразные боли усилились.

Объективные данные при поступлении: состояние средней тяжести, кожные покровы лица гиперемированы, язык суховат, слегка обложен. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/80 мм, тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких везикулярное дыхание. Живот болезненный при пальпации ниже пупка, больше в правой подвздошной области, там же слегка положительный симптом Щеткина. Ниже пупка на один поперечный палец прощупывается шарообразная опухоль, уходящая нижним полюсом в малый таз. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Вагинальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, из влагалища гнойное выделение. Шейка матки коническая, зев пропускает палец, матка шарообразная, увеличена до 15—16 недель беременности, болезненная по правому ребру. Своды глубокие, свободные, правый слегка болезненный.

Диагноз: септический криминальный аборт, пельвеоперитонит; беременность 15—16 недель. Принято решение больную вести консервативно, стимулировать родовую деятельность и проводить противовоспалительную терапию. 21/IX в 18 часов 40 минут у больной произошел выкидыш эмбриона мужского пола длиной 16 см, плацента не выделилась. Из влагалища скудные кровянистые выделения. В 19 часов произве-

дено выскабливание полости матки. Кюреткой и абортцангом удалены по частям плацента и децидуальная ткань. Матка сократилась хорошо. Кровотечения нет. Соскоб направлен для гистологического исследования. При гистологическом исследовании в препаратах среди свертков крови обнаружены кусочки децидуальной ткани с большим количеством лейкоцитов и группы элементов хориона.

До 26/IX общее состояние средней тяжести, а позднее общее состояние удовлетворительное. 9/X при вагинальном исследовании установлено: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, матка плотная, безболезненная, не увеличена, придатки слева не пальпируются, справа придатки утолщены, окружены инфильтратом. Инфильтрат доходит до правого ребра матки. Правое ребро матки резко болезненное, своды свободны, выделения слизисто-гнойные.

23/X лечение гинекологического заболевания было прекращено.

Осмотр судебно-медицинскими экспертами. Специальный анамнез: росла и развивалась нормально, менструации с 14 лет, установились сразу, через 24—25 дней, обильные, без боли, по 3—4 дня. Половую жизнь начала с января 1966 г. В феврале того же года в гинекологической больнице сделала аборт. До мая менструации были обычными. В июне — июле они были скудные, а в августе отсутствовали. До момента поступления на стационарное лечение 21/IX 1966 г. к врачам не обращалась. В октябре и ноябре 1966 г. менструации проходили обычно.

Жалобы: отмечает резь при мочеиспускании.

Данные объективного исследования: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, физически развита хорошо, в правой подвздошной области располагается рубец размером 7×1,5 см (после операции аппендэктомии в 1961 г.). Наружные половые органы сформированы правильно. Большие половые губы прикрывают малые, вход во влагалище свободен, область отверстия мочеиспускательного канала гиперемирована, складки влагалища хорошо выражены, слизистая его розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, кольцевидной формы. Выделения из влагалища обильные, гнойные, взяты мазки. Матка округлой формы, плотная, обычной величины, отклонена кзади и вправо, при смещении несколько болезненна. Слева придатки без особенностей. Справа отмечается болезненность, придатки не увеличены. В мазках обнаружена кокковая флора в значительном количестве, немного эпителиальных клеток, большое количество лейкоцитов. Гонококки не обнаружены.

Выводы. На основании изучения истории болезни и данных объективного исследования Макаровой А. Р. комиссия экспертов в ответ на поставленные вопросы приходит к следующему заключению.

1. К моменту поступления Макаровой А. Р. на стационарное лечение в больницу 21/IX 1966 г. у нее имела беременность 15—16 недель.
2. В результате внутриматочного вмешательства (введение в полость матки катетером жидкости), произведенного до поступления Макаровой в гинекологическое отделение, у нее уже в больнице произошел выкидыш плода мужского пола длиной 16 см, что соответствует 4 месяцам беременности.
3. После произведенного вне больничной обстановки аборта у Макаровой развился сепсис (заражение крови) и пельвеоперитонит (воспаление брюшины в области таза). Эти осложнения явились следствием перфорации (прободение) матки, на что указывают следующие признаки: появлении острой боли в момент введения катетера, стойкая локализованная болезненность в области матки справа и наличие инфильтрата по правому ребру матки. Перфорация матки могла произойти вследствие неосторожного введения в полость матки металлического катетера. Прободение матки является опасным для жизни и должно быть квалифицировано как тяжелое телесное повреждение.

4. Прободение матки у Макаровой могло произойти при введении в полость матки резинового катетера, внутри которого находилась стальная проволока, как об этом показывает сама Снегирева.

5. Резиновый катетер, внутри которого находилась стальная проволока, можно ввести в полость матки без использования специальных расширительных или других гинекологических инструментов.

Эксперты:

(подписи)

Заключение судебно-медицинских экспертов по материалам дела

27/X 1966 г. на основании постановления старшего следователя областной прокуратуры, юриста I класса Назарова М. И., от 26/X 1966 г. судебно-медицинские эксперты Н-ского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы Хомутов Н. В. и Чернов П. А. и заведующий гинекологическим отделением Первой больницы кандидат медицинских наук Томилов Д. Д. произвели судебно-медицинскую экспертизу

по материалам дела о производстве незаконного аборта медицинской сестрой Алешиной.

Обстоятельства дела. Из постановления следователя известно, что медицинская сестра Алешина А. З. 16/IX 1966 г. встретила с гражданками Мининой А. В. и Кузиной Г. А., которые обратились к ней с просьбой произвести им аборт. Алешина согласилась.

17/IX 1966 г. Минина и Кузина пришли к Алешиной на квартиру, где последняя, прокипятив катетер, кусок проволоки и шприц, приготовила флакон с какой-то жидкостью. Алешина уложила Минину на стол, ввела ей в полость матки катетер, надетый на проволоку, и стала его поворачивать. Затем извлекла проволоку из катетера и при помощи шприца ввела в полость матки приготовленную ею жидкость. Вскоре через катетер пошла кровь.

После этого Алешина протерла чем-то катетер и стала им делать такие же манипуляции Кузиной. При введении последней катетера Кузина почувствовала сильную боль. Алешина прекратила введение катетера, извлекла из него проволоку, а катетер оставила введенным в матку, после чего сказала Кузиной, что нужно будет повторить операцию завтра.

Утром у Мининой поднялась температура до 39°, ■ связи с чем она была направлена в больницу. При поступлении Минина жаловалась на головную боль, озноб; температура у нее оказалась 40°.

В истории болезни № 000 отмечены следующие данные объективного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины. Наружный маточный зев разорван, как это бывает после родов. Матка увеличена до 7—8 недель беременности. Выделения светлые, гноевидные.

Диагноз, установленный в больнице: септический, криминальный аборт. Беременность 7—8 недель. Было произведено выскабливание с удалением разложившегося плодного яйца и назначено соответствующее лечение. Послеоперационный период протекал без осложнений, и 22/IX Минина была выписана.

Кузина также была подвергнута гинекологическому исследованию ■ больнице, но у нее никаких изменений обнаружено не было.

На поставленные следователем вопросы комиссия дает следующие ответы.

Вопрос первый: возможно ли искусственное прерывание беременности теми средствами, которыми пользовалась Алешина при производстве абортов Мининой и Кузиной?

Ответ: теми средствами и приемами, которыми пользовалась Алешина, вполне возможно вызвать прерывание беременности.

Вопрос второй: соблюдала ли Алешина необходимые правила асептики при производстве аборта Мининой и Кузиной?

Ответ: Алешина не соблюдала правил асептики и производила аборт Мининой ■ Кузиной ■ антисанитарных условиях.

Вопрос третий: какой срок беременности был у Мининой?

Ответ: судя по данным истории болезни № 000, у Мининой была 2-месячная беременность.

Вопрос четвертый: возможно ли в той обстановке и теми средствами, которыми пользовалась Алешина, вызвать разрыв шейки матки длиной 1 см и внести инфекцию в организм?

Ответ: прерывание беременности теми средствами и в тех условиях, которые имеются ■ материалах дела, могло вызвать повреждение в области половых органов и внести инфекцию в организм.

Вопрос пятый: соответствует ли время производства аборта Мининой времени, указанному в ее показаниях и в показаниях Кузиной, объективным данным в истории болезни на Минину?

Ответ: да, соответствует.

Вопрос шестой: какие последствия могли наступить при производстве аборта в тех условиях и теми средствами, которыми пользовалась Алешина?

Ответ: прерывание беременности такими средствами, которыми пользовалась Алешина и ■ таких условиях, ■ которых она производила аборт Мининой и Кузиной, могли привести к очень тяжелым осложнениям — кровотечению, шоку (иногда со смертельным исходом), прободению матки, общему заражению организма ■ ко многим другим тяжелым осложнениям.

Вопрос седьмой: не последовало ли каких-нибудь осложнений в нормальном течении беременности у Кузиной вследствие вмешательства Алешиной?

Ответ: на основании состояния Кузиной ■ настоящее время нет данных, которые бы указывали на возникновение каких-нибудь осложнений или на какое-либо влияние имевшего место вмешательства на нормальное течение беременности у Кузиной.

(подписи)

Судебно-медицинские эксперты

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ДЕЛАХ О РАССЛЕДОВАНИИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Глава XX

ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Уголовный кодекс в разделе «Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности» специальными статьями: ст.ст. 117, 118, 119, 120, 121 УК предусматривает преступления, представляющие собой действия, нарушающие в грубой форме социалистическую мораль или посягающие на половую неприкосновенность граждан.

Одна группа половых преступлений включает посягательство на половую неприкосновенность взрослых граждан (изнасилование — ст. 117 УК; понуждение женщины к вступлению в половую связь — ст. 118 УК; насильственное мужеложство — ст. 121 УК). Другую группу половых преступлений составляют действия, посягающие на нормальное половое развитие несовершеннолетних; половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости (ст. 119 УК), развратные действия в отношении несовершеннолетних (ст. 120 УК), мужеложство в отношении несовершеннолетних (ст. 121 УК). Третья группа половых преступлений — посягательство на нормальный уклад в области половых отношений, мужеложство (ст. 121 УК).

При расследовании половых преступлений в ряде случаев требуются судебно-медицинская экспертиза, которой могут подвергаться потерпевшие, подозреваемые, обвиняемые, и вещественные доказательства. Перед судебно-медицинской экспертизой ставится на разрешение ряд специальных вопросов. От правильного разрешения этих вопросов нередко зависят квалификация действия и приговор суда. Прежде всего необходимо остановиться на определении тех понятий, с которыми приходится встречаться в судебно-медицинской экспертизе по делам о половых преступлениях. В статьях Закона предусматриваются следующие действия, в связи с которыми может быть назначена судебно-медицинская экспертиза:

- а) изнасилование, т. е. половое сношение с применением физического насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшей;
- б) изнасилование, сопряженное с причинением тяжкого телесного повреждения;
- в) изнасилование, повлекшее особо тяжкие последствия;
- г) изнасилование несовершеннолетней;
- д) удовлетворение половой страсти в иной форме (не в виде половой связи);
- е) половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости;
- ж) удовлетворение половой страсти в извращенных формах;
- з) развратные действия в отношении несовершеннолетних;
- и) половое сношение мужчины с мужчиной (мужеложство);
- к) мужеложство с применением физического насилия;
- л) мужеложство в отношении несовершеннолетнего.

Перед судебно-медицинской экспертизой ставят на разрешение следующие вопросы:

Имело или не имело место половое сношение?

Имело ли место половое сношение в извращенной форме или удовлетворение половой страсти в извращенной форме?

Имели ли место развратные действия в отношении несовершеннолетних?

Имело ли место половое сношение мужчины с мужчиной?

Опыт показывает, что при проведении судебно-медицинской экспертизы встречается различное толкование понятий, относящихся к действиям, имеющим место при половых преступлениях, вследствие того, что отсутствуют точные и четкие определения и формулировки этих понятий. Поэтому необходимо рассмотреть, уточнить и сформулировать определение этих понятий.

Половое сношение. Казалось бы, что понятие «половое сношение» не требует определения. Однако практика показывает, что при судебно-медицинской экспертизе о факте полового сношения дается иногда заключение в случаях, где его не было.

Это объясняется тем, что в медицинской литературе (акушерской, гинекологической, судебно-медицинской) иногда половым сношением называют действия, которые половым сношением не являются. Так, упоминается о половом сношении между бедер, между ягодиц, в преддверии влагалища, хотя на самом деле ни одно из таких действий не может быть признано и не является половым сношением.

Половое сношение — это физиологический акт, направленный на продолжение рода и заключающийся во введении мужского полового члена во влагалище. Половое сношение — это прежде всего и только — сношение полов. Половое сношение как нормальный, т. е. физиологический, акт может иметь место только между лицами разного пола, между мужчиной и женщиной. Все остальные действия, направленные на удовлетворение половой потребности в иной форме, не являются половым сношением. Их можно и следует определять только как удовлетворение половой потребности в извращенной форме. Однако Уголовный кодекс определяет мужеложство как половое сношение мужчины с мужчиной.

Если у мужчины отсутствует половой член (в результате травмы, какого-либо заболевания с последующим оперативным удалением), то этот мужчина не способен к половому сношению с медицинской, и с юридической точки зрения. Если у женщины отсутствует влагалище (что может быть врожденным пороком развития или в результате заболеваний и последующих рубцовых сращений, или оперативного вмешательства), то такая женщина не способна к половому сношению. Она будет признана таковой с медицинской, и с юридической точки зрения. Если муж такой женщины предъявит иск о расторжении брака, ссылаясь на невозможность брачных отношений, то в заключении судебно-медицинской экспертизы такая женщина будет признана не способной к половому сношению, и это явится основанием для расторжения брака.

Следовательно, для полового сношения (полового акта, что одно и то же) необходимо наличие полового члена у мужчины, влагалища у женщины и введение полового члена во влагалище.

В практике приходится встречаться с экспертизой по поводу совершения таких действий, когда мужчина половым членом прикасается к наружным половым органам женщины или малолетней девочки (к наружным половым органам относятся лобок, большие и малые половые губы, клитор и преддверие влагалища) (рис. 63).

Некоторые эксперты в своих заключениях такое прикосновение, до трагивание определяют как половое сношение, хотя такие действия, как это следует из сказанного выше, не являются половым сношением.

У малолетних и несовершеннолетних, не достигших половой зрелости, и у взрослых женщин, живших половой жизнью, нет и не может быть введения полового члена в преддверие влагалища, а такое действие является только прикосновением, дотрагиванием, а не введением, что следует из анатомического строения наружных половых органов. В некоторых случаях при таких действиях (прикосновении, дотрагивании половым членом преддверия влагалища) может произойти извер-

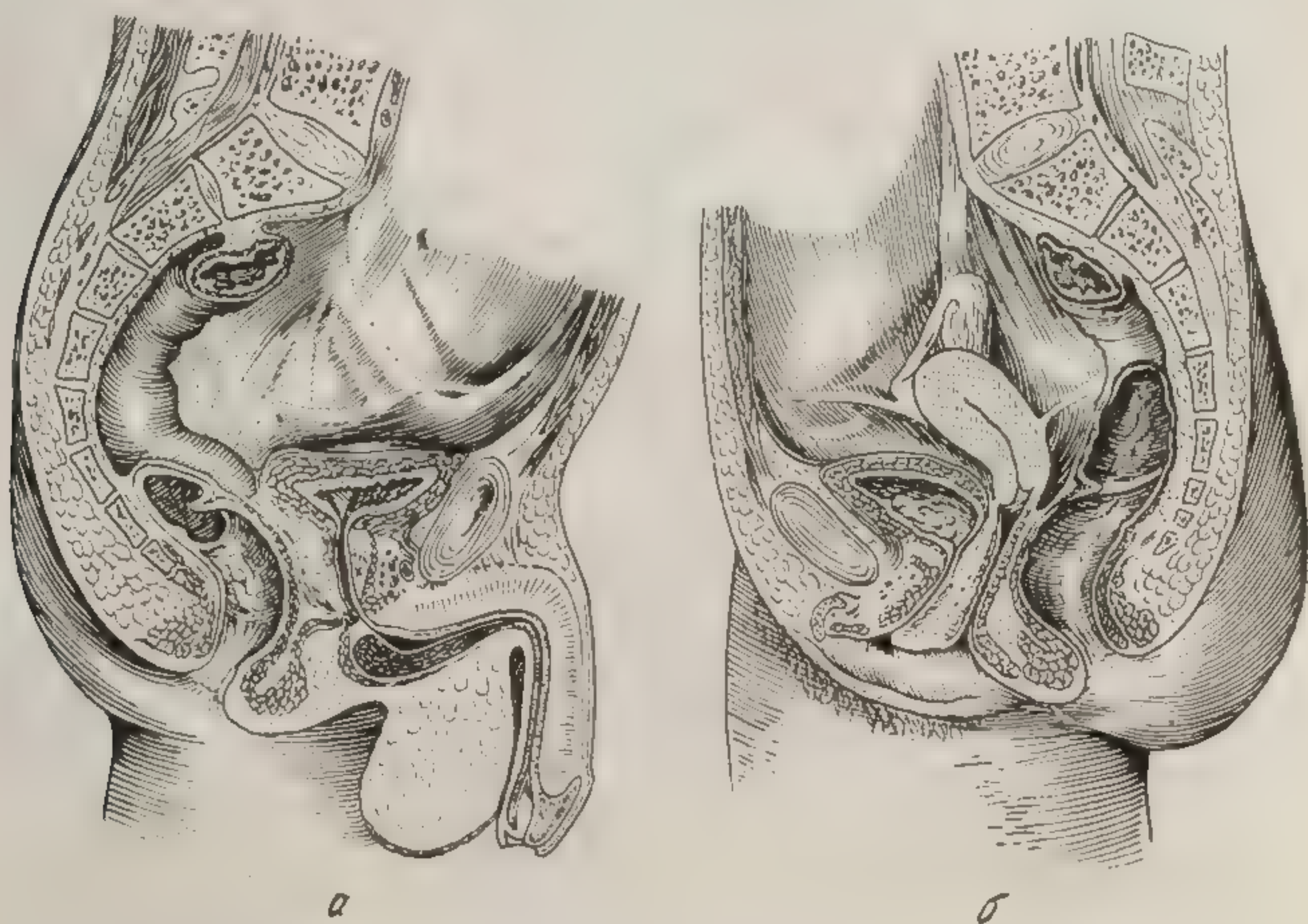


Рис. 63. Анатомические разрезы через таз мужчины (а) и женщины (б).

жение семени в преддверие влагалища с последующим оплодотворением, зачатием и беременностью. Такие наблюдения в практике известны. Здесь беременность возникает без совершения полового сношения (полового акта). Такое дотрагивание, прикосновение к преддверию влагалища может быть совершено и мужчиной, страдающим половым бессилием, импотентом, не способным к половому сношению, т. е. к введению полового члена во влагалище. У него также при таких действиях может произойти извержение семени в преддверии влагалища с последующей беременностью женщины.

В практике у юристов возникают затруднения при квалификации таких действий в преддверии влагалища, особенно если они совершаются с малолетними или несовершеннолетними. Такие действия могут быть в равной мере и покушением на изнасилование и развратными действиями. Устанавливать же это можно только по умыслу и его направленности, но не по неправильному заключению судебно-медицинского эксперта, определяющему такие действия как половое сношение, как «вестибулярный coitus», хотя вестибулярного coitus не существует.

Пример. Б. был осужден к 15 годам лишения свободы за следующие действия. Б. систематически вел беседы развращающего характера с девочками 5, 6, 9 и 12 лет. Кроме развращающих разговоров о половых сношениях, он сажал девочек себе на колени, предлагал трогать его половые органы. Кроме того, своим половым членом он

дотрагивался до половых
этим девочками он
осмотре этих девочек
плес у них не обнаруж
ли половым сношени
своем заключении
вого члена в предд
эксперта действия Б.
деле Б. совершал раз
Как следует из
ным, ибо прикоснове
сношением.

Этот конкретный
тельную необходи
вого сношения. Та
правовой практики
одного состава пре
шения на изнасило

Важность четко
сомнению. Устанав
ется только в прав
вий. Точное устано
гих надобностей н

Органы расслед
факта полового сно
тизой. Не следует
место половое сно
ставить перед ним
члена во влагалище
ными это доказыва
может быть доказа
при исследовании
циальное исследова
ния полового акта

Так следует по
сношение от измен
извращенным.

Половое с
торых случаях ст
или не имело мес

Существует ли
дует под этим по
половое сношение
осуществляться то
галище. Это физи
вое сношение ме
встречаться с фа
верстие, в рот. Т
признаются как

Если признат
форме, то тогда
сношением в изв
члена в естестве
ловека. Необходи
вого сношения
видно из опреде
Григорья и Пет

19 м. и. Андреев

дотрагивался до половых органов, преддверия влагалища девочек. Такие действия с этими девочками он совершал неоднократно, давая им за это сладости и деньги. При осмотре этих девочек никаких изменений половых органов и нарушения девственных плен у них не обнаружено. Судебно-медицинскому эксперту был задан вопрос: является ли половым сношением введение полового члена в преддверие влагалища? Эксперт в своем заключении определил действие Б. как половое сношение путем введения полового члена в преддверие влагалища. На основании заключения судебно-медицинского эксперта действия Б. были квалифицированы судом как изнасилование. На самом же деле Б. совершал развратные действия.

Как следует из изложенного выше, такое заключение эксперта является неправильным, ибо прикосновение половым членом к преддверию влагалища не является половым сношением.

Этот конкретный пример из судебной практики показывает настоятельную необходимость точного и четкого определения понятия полового сношения. Такое определение нужно прежде всего и только для правовой практики, где возникает необходимость точного разграничения одного состава преступления от другого, развратных действий от покушения на изнасилование.

Важность четкого определения этого понятия не подлежит никакому сомнению. Устанавливать, было или не было половое сношение, требуется только в правовой практике для правильной квалификации действий. Точное установление факта полового сношения ни для каких других надобностей ни в медицинской практике, ни в быту не требуется.

Органы расследования и суда при необходимости установления факта полового сношения должны иначе ставить вопрос перед экспертизой. Не следует спрашивать эксперта о том, имело или не имело место половое сношение (половой акт, что одно и то же), а необходимо ставить перед ним вопрос: имело или не имело место введение полового члена во влагалище? Если это было, то чем, какими объективными данными это доказывается? Введение полового члена во влагалище иногда может быть доказано при исследовании потерпевшей, а также, чаще, при исследовании подозреваемого. Для этого требуется проводить специальное исследование подозреваемого возможно ранее после совершения полового акта.

Так следует понимать половое сношение (половой акт). Половое сношение от изменения позы, в которой оно совершается, не становится извращенным.

Половое сношение в извращенной форме. В некоторых случаях ставят вопросы судебно-медицинской экспертизе: имело или не имело место половое сношение в извращенной форме?

Существует ли половое сношение в извращенной форме и что следует под этим понимать? При отсутствии у мужчины полового члена половое сношение невозможно. Следовательно, половое сношение может осуществляться только мужским половым членом, введением его во влагалище. Это физиологический акт. Поэтому не может происходить половое сношение между женщинами. В судебной практике приходится встречаться с фактами введения полового члена в заднепроходное отверстие, в рот. Такие действия определяются в правовой практике и признаются как половое сношение в извращенной форме.

Если признать, что половое сношение может быть в извращенной форме, то тогда его можно и следует определить только так: половым сношением в извращенной форме является введение мужского полового члена в естественные отверстия (задний проход, рот) тела другого человека. Необходимость четкого определения извращенной формы полового сношения и вызывается потребностями правовой практики. Это видно из определения Президиума Верховного Суда РСФСР по делу Григорян и Петухова.

«Действие лица, совершившего насильственный половой акт ■ извращенной форме, подлежит квалификация по ст. 117 УК РСФСР»¹.

«Григорян и Петухов 29/VIII 1962 г. изнасиловали в извращенной форме (в рот) С. 1939 г. рождения. Приговором Московского областного суда Григорян и Петухов были осуждены по ч. 3 ст. 117 УК РСФСР.

Определением Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР действия Григоряна и Петухова переквалифицированы на ч. 2 ст. 206 УК РСФСР (злостное хулиганство). Президиум Верховного Суда РСФСР с таким выводом Судебной коллегии не согласился. Президиум признал, что удовлетворение половой страсти возможно как путем естественного полового сношения, так и в извращенной форме.

Из материалов дела видно, что Петухов и Григорян, применяя угрозы и насилие ■ отношении С., удовлетворили свою половую страсть путем полового сношения с ней в извращенной форме. Поэтому Областной суд правильно расценил действия Петухова и Григоряна как изнасилование и обоснованно квалифицировал содеянное ими по ст. 117 УК РСФСР».

Следовательно, изложенное выше определение полового сношения в извращенной форме подтверждено постановлением Президиума Верховного Суда РСФСР. Как мы увидим дальше, это определение, по-видимому, должно быть применено и к такому преступлению, как мужеложство.

Развратные действия. В практике также приходится встречаться с вопросами органов расследования и суда, имели или не имели место развратные действия. Нередко и в заключении судебно-медицинских экспертов можно встретить выводы, что имели место развратные действия. В этом также следует разобраться.

Развратные действия по отношению к несовершеннолетним могут быть самого различного характера. В одних случаях это дотрагивание до их половых органов руками, половым членом, совершение каких-либо других манипуляций. Эти действия могут заключаться в развращающих разговорах, демонстрации, например, порнографических картинок, литературы, эксгибиционизме и других действиях. Спрашивается: требуют ли все перечисленные выше действия для своего определения и квалификации каких-либо специальных знаний? Например, требуется ли судебно-медицинская экспертиза для того, чтобы установить, является ли дотрагивание до половых органов несовершеннолетнего развратными действиями? Ответ может быть только один: не требуется. Поэтому судебно-медицинский эксперт и не должен определять, устанавливать, имели ли место развратные действия с несовершеннолетними.

В задачу судебно-медицинской экспертизы по такого рода делам входит обнаружение каких-либо изменений в области половых органов, их окружности, на теле несовершеннолетнего, каких-либо следов таких изменений и установление механизма их происхождения. Если в области половых органов обнаруживаются раздражение, покраснение, воспалительные изменения, повреждения, то они должны быть правильно и детально документированы, и экспертным исследованием должно быть не сказано, а доказано, чем эти изменения вызваны, отчего они произошли. Если эксперт своим исследованием происхождения таких изменений установить не может, он это и должен указать в своем заключении. Таким образом, судебно-медицинский эксперт не устанавливает, имели или не имели места развратные действия ■ отношении несовершеннолетнего, и такой вопрос перед экспертизой ставить не следует.

Беспомощное состояние может быть обусловлено ■ одних случаях

¹ Сборник постановлений Пленума, Президиума и определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР 1961—1963 гг. М., 1964.

физическим или психическим состоянием потерпевшей: имеющимся у нее каким-либо тяжелым заболеванием, инвалидностью, обморочным состоянием, потерей зрения, вызванным психическим воздействием, испугом или каким-нибудь наркотическим веществом (алкоголем). Беспомощное состояние может быть вызвано также повреждением, полученным потерпевшей. В этих случаях беспомощное состояние (возможность его или отсутствие) может устанавливаться при наличии для этого медицинских данных судебно-медицинским экспертом, иногда экспертом-психиатром или невропатологом.

В других случаях беспомощное состояние может быть обусловлено какими-нибудь внешними обстоятельствами, например неудобным положением потерпевшей, тяжелой ношей или какими-нибудь другими условиями, мешающими ей оказывать сопротивление. Беспомощное состояние, вызванное внешними причинами, не требует судебно-медицинской экспертизы. Оно должно и может быть определено органами расследования и судом.

Половое сношение мужчины с мужчиной (мужеложство). Закон (ст. 121 УК РСФСР) определяет мужеложство как половое сношение мужчины с мужчиной. Из сказанного выше следует, что между лицами мужского пола может быть половое сношение только в извращенной форме. Последнее же определяется как введение мужского полового члена в естественные отверстия тела другого человека (задний проход, рот).

В судебной практике при рассмотрении уголовных дел о мужеложстве приходится встречаться, когда действия обвиняемых заключались во введении полового члена в рот. У судей возникало затруднение в юридической квалификации этих действий. Если такие действия не являются половым сношением в извращенной форме (а последнее может осуществляться между мужчинами только в извращенной форме), то, следовательно, нет оснований и для привлечения к уголовной ответственности по ст. 121 УК.

Приведенное выше постановление Президиума Верховного Суда РСФСР введение полового члена в рот определяет как извращенную форму полового сношения. Так же, по-видимому, должны квалифицироваться подобные действия между мужчинами, т. е. как мужеложство. Следует, однако, заметить, что определение понятия мужеложства вообще требует уточнения. Оно должно приниматься так, как указано в Законе (УК), т. е. мужеложством является половое сношение в извращенной форме (введение полового члена в задний проход, рот) мужчины с мужчиной.

Глава XXI

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ ПО ПОВОДУ РАЗВРАТНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Развратные действия в отношении несовершеннолетних наказываются лишением свободы на срок до 3 лет (ст. 120 УК).

Эта статья предусматривает действия, нарушающие нормальное половое развитие несовершеннолетних.

Развратные действия могут совершаться и мужчиной и женщиной по отношению несовершеннолетних, т. е. не достигших 18 лет, как того,

так и другого пола. При этом не имеет значения, достигло ли лицо, в отношении которого совершались развратные действия, половой зрелости, жило ли оно уже половой жизнью или нет и др.

Виновным в совершении этого преступления (субъектом преступления) может быть лицо, достигшее 18 лет (совершеннолетнее). Развратные действия между несовершеннолетними могут послужить основанием к привлечению к уголовной ответственности с 16 лет лишь в отдельных случаях, например при тяжелых последствиях, при значительной разнице в возрасте виновного и потерпевшего и др.

С субъективной стороны это правонарушение предполагает, что лицо, совершая развратные действия в отношении несовершеннолетнего, желает или сознательно допускает именно этот характер своих действий. Может быть установлено, что виновный путем развратных действий намеревался склонить несовершеннолетнего к половому сношению. Если это было по отношению к лицу, не достигшему половой зрелости, то возможна ответственность за приготовление к половому сношению с лицом, не достигшим половой зрелости (ст. ст. 15 и 119 УК). Если же это имело место в действиях мужчины по отношению к мальчику, то возможна ответственность за приготовление к мужеложству (ст. ст. 15, 120—121 УК).

Ответственность за половое сношение с лицом, достигшим половой зрелости, но не достигшим совершеннолетия, УК не предусматривается. Ст. 119 УК предусматривает половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости. Из этого следует, что под развратными действиями понимается и к ним относится очень широкий круг различного рода действий, установление которых не требует никаких специальных знаний, т. е. экспертизы.

Судебно-медицинская же экспертиза требуется лишь в тех случаях, когда развратные действия могут оставить на теле потерпевшего какие-либо изменения, которые позволяли бы такие действия установить, чтобы указывали на возможность таких действий. Предметом судебно-медицинской экспертизы могут быть также вещественные доказательства.

Следовательно, к компетенции судебно-медицинской экспертизы относится не установление развратных действий, что определяется органами расследования и судом, а обнаружение изменений на теле потерпевшего и механизма их происхождения.

Обследование потерпевших (особенно малолетних и несовершеннолетних) рекомендуется производить в присутствии близких или их родителей. При исследовании также необходима помощь другого медицинского персонала: медицинской сестры, санитарки. Для собирания анамнеза у малолетних следует приглашать опытного педагога или воспитателя, с помощью которых и выясняются необходимые анамнестические данные. Нужно иметь в виду, что в экспертной практике встречаются и ложные обвинения, обусловленные шантажом, какими-либо корыстными целями, местью и другими мотивами. Поэтому все, что относится к собиранию анамнеза, должно быть тщательно зафиксировано в документе экспертизы. Основные же сведения об обстоятельствах происшествия должны быть получены от представителя органов дознания или от следователя.

Само собой разумеется, что такую экспертизу нельзя производить по частной просьбе, без направления органов дознания, постановления следователя или определения суда.

После ознакомления с обстоятельствами дела и анамнестическими данными производится осмотр потерпевшей в обычном порядке. Отме-

чают общие данные (возраст, пол, физическое развитие) и затем переходят к осмотру половых органов. Последний производится в гинекологическом кресле при хорошем естественном освещении, с помощником. У лиц женского пола осматривают наружные половые органы: большие половые губы, их покровы, слизистую больших и малых губ, вход во влагалище, девственную плеву и ее состояние. Найденные изменения подробно описываются. Обнаруженные изменения следует зарисовывать на схемах, сфотографировать.

Как уже было сказано выше, развратные действия могут заключаться в прикосновении к половым органам и к другим частям тела руками или половыми органами, в трении и раздражении руками или половым органом половых органов девочки, в движениях половым членом между бедрами и в других действиях, но не в половом сношении (т. е. не во введении полового члена во влагалище).

Для предупреждения возможных ошибочных экспертных заключений необходимо еще раз подчеркнуть, что половое сношение — это введение полового члена во влагалище и только это. Было введение полового члена во влагалище, значит, было половое сношение. Не было введения полового члена во влагалище, следовательно, не было и полового сношения.

Поэтому неправильны заключения, в которых, например, говорится: «...имело место половое сношение в преддверии влагалища...». Такие действия в преддверии влагалища не являются половым сношением, а определяются как прикосновение, дотрагивание. Что же хотел совершить обвиняемый, развратные действия или покушение на половое сношение, устанавливается юристами по умыслу и его направленности.

Изменения, обнаруживаемые у осматриваемого лица, зависят от того, однократно производились развратные действия или систематически, в течение длительного времени.

При однократных развратных действиях в большинстве случаев никаких изменений не возникает и при осмотре потерпевшего лица ничего обнаружить нельзя. Так, по данным М. Г. Сердюкова, при обследовании 799 лиц по поводу совершения развратных действий над ними изменения в области половых органов были обнаружены только у 142, т. е. у 18%.

Обнаруживаемые изменения чаще всего в таких случаях заключаются в явлениях раздражения слизистой оболочки наружных половых органов, поверхностных эрозиях, кровоподтеках в слизистой наружных половых органов. Эти изменения бывают обычно весьма поверхностными и могут быть обнаружены только при освидетельствовании вскоре после совершения каких-либо действий, так как через 1—2 дня такие изменения обычно проходят.

К оценке подобных изменений и особенно их происхождения следует относиться весьма осторожно, особенно если они заключаются только в раздражении слизистой или в явлениях воспаления наружных половых органов, влагалища с выделениями слизистого или слизисто-гнойного характера, свидетельствующими об имеющемся воспалении. Дело в том, что эти явления раздражения, воспаления наружных половых органов и влагалища нередко бывают обусловлены причинами, не имеющими отношения к развратным действиям. Такое состояние может зависеть от неопрятного содержания половых органов ребенка, особенно у маленьких девочек, когда за ними нет необходимого ухода. Воспаление может быть обусловлено трихомонаозом вследствие заражения ребенка от окружающих, глистами, особенно «острицами» (*Oxyuris vermicularis*),

онанизмом, обработкой половых органов дезинфицирующими веществами после осмотра в лечебном учреждении, а также некоторыми инфекциями общего характера, которые могут давать осложнения в области половых органов (дифтерия, корь).

Поэтому требуется выяснение характера обнаруженных изменений и их происхождения.

Повреждения более глубокого характера наблюдаются уже при попытках к половому сношению и носят иной характер.

Систематические развратные действия. Развратные действия могут совершаться в течение продолжительного времени (например, в течение многих месяцев), вследствие чего могут возникать изменения в области половых органов в виде хронического воспаления слизистой входа во влагалище и девственной плевы. Слизистая их окрасывается припухшей, красного цвета, покрытой слизистыми или слизисто-гнойными выделениями. Если в течение длительного времени имели место попытки к половому сношению с давлением в области наружных половых органов, преддверия влагалища, то постепенно может образоваться воронкообразное углубление в области преддверия. Слизистая последнего становится атрофичной, принимает белесоватую окраску, становится более сухой, чем окружающая слизистую кожа ладьевидной ямки, истончается и становится более плотной, пергаментобразной.

Кроме того, могут возникнуть атрофия и истончение девственной плевы. Но такие изменения бывают редко, при очень длительном и систематическом механическом воздействии на эту область.

Оценка обнаруженных изменений и формулировка заключения эксперта зависят от характера обнаруженных изменений. При исследовании может быть установлено следующее: а) отсутствие каких-либо изменений в области наружных половых органов; б) изменения острого характера (повреждения, воспаление); в) изменения хронического характера со стороны тканей наружных половых органов.

Большей частью, как уже было сказано выше, при несомненно имевших место развратных действиях отсутствуют какие-либо изменения в области наружных половых органов. Это относится преимущественно к тем случаям, когда развратные действия совершались однократно или же производились не систематически, а с большими промежутками. Отсутствие изменения со стороны наружных половых органов не исключает возможности развратных действий, которые в таких случаях устанавливаются другими доказательствами по делу. Эксперт в таком случае формулирует свое заключение следующим образом: «При освидетельствовании девочки (возраст) не обнаружено каких-либо изменений в области наружных половых органов, свидетельствующих об имевших место каких-либо действиях, в частности механическом раздражении».

Таким заключением эксперт и ограничивается.

В практике наблюдаются случаи, когда эксперт в заключении указывает, что развратные действия при отсутствии каких-либо изменений наружных половых органов не исключаются. Такое добавление к заключению делать не следует, потому что оно ничего не дает в смысле доказательства совершения развратных действий. Кроме того, оно может и неправильно расцениваться, как уклончивое подтверждение имевших место развратных действий, что может повести к ошибочным следственным действиям. Поэтому в подобных случаях эксперт обязан ограничиться указанием, что никаких изменений не установлено. Орга-

ны расследования и суд обращаются в таком случае к другим доказательствам по делу.

Реже в области наружных половых органов обнаруживаются изменения острого характера и соответствующей степени выраженности. В одних случаях имеет место лишь покраснение слизистой входа во влагалище и девственной плевы. Такая розово-красная окраска слизистой оболочки наружных половых органов может быть естественной, и такую окраску недостаточно опытный эксперт, редко производивший экспертизы подобного рода, может принять за изменение в результате механического воздействия.

Покраснение слизистой может быть следствием раздражения, и последнее в свою очередь может зависеть как от механических воздействий, так и от ряда других причин (нечистоплотность, глистные болезни и др.). Поэтому эксперт должен исключить «другие причины», кроме механических раздражений. Если эти причины исключаются, эксперт может высказать предположение, что покраснение могло быть вызвано механическим воздействием, не упоминая о развратных действиях (так как механическое раздражение может быть вызвано и мастурбацией).

Следовательно, при наличии только раздражения слизистой оболочки эксперт ограничивается констатацией изменений и указанием, что они могли быть вызваны и механическим фактором. Ничего более эксперт сказать не может.

Нужно иметь в виду, что если развратные действия происходили и были однократными, то вызванные ими раздражения слизистой в виде покраснения ликвидируются в первые же часы и сутки. Если же обследование производится через сутки — двое и позднее после совершения развратных действий и при этом обнаруживается раздражение слизистой, то эксперт с уверенностью может указать, что оно обусловлено не развратными действиями, имевшими место несколько дней назад, а какими-то другими причинами.

Острые воспалительные изменения слизистой входа во влагалище и самого влагалища могут быть обусловлены как механическим раздражением с инфицированием, так и инфекцией. Характер последней устанавливается дополнительными бактериоскопическими и бактериологическими исследованиями выделяемого. Для таких исследований целесообразнее направлять свидетельствуемое лицо в специальное гинекологическое учреждение и венерологический диспансер, где могут быть произведены квалифицированные исследования специалистами.

Повреждения в области половых органов могут быть в виде кровоподтеков, ссадин, трещин слизистой, надрывов девственной плевы. Более обширные и глубокие повреждения наблюдаются при попытках к половому сношению (они будут рассмотрены ниже).

Для установления характера повреждений и их происхождения имеет значение локализация повреждений. Кровоизлияния, ссадины и трещины слизистой у входа во влагалище и девственной плевы возникают чаще всего при механических раздражениях и манипуляциях. Такие повреждения могут быть вызваны давлением как напряженным половым членом, так и пальцами. Такого рода повреждения вообще обусловлены воздействием тупого предмета. Дифференцировка их происхождения (от пальца или от полового члена) по существу невозможна. Весьма относительным указанием на то, что имелось действие полового члена, может быть локализация этих изменений в ладьевидной ямке. Если представить себе, например, соотношение размеров полового члена взрослого мужчины и половых органов маленькой девочки, то

локализация повреждений может быть разнообразной и не имеет никакого значения для установления различия между действием пальца и полового члена. Кровоизлияния в области больших половых губ и их наружной поверхности под кожей свидетельствуют о действии тупых предметов. Они наблюдаются и возникают при грубых насилиях, сдавлении, щипании, ударах по половым органам, промежности. Кровоподтеки в области больших половых губ вследствие наличия рыхлой клетчатки бывают распространенными. Повреждения неглубокие, поверхностные в области половых органов заживают очень быстро, особенно повреждения слизистой. Заживление может закончиться через 2—4 суток, и давность таких повреждений при их обнаружении определяется без особых затруднений.

При обнаружении повреждений эксперт в своем заключении указывает характер этих повреждений, их происхождение и давность. Например: «При освидетельствовании девочки Н. (возраст) обнаружены следующие изменения: два маленьких кровоизлияния в слизистой малых половых губ, у отверстия девственной плевы и надрыв в 1 мм края девственной плевы. Эти повреждения располагаются в задних отделах наружных половых органов. Такие повреждения могли возникнуть от давления на эту область каким-либо тупым предметом (пальцем, напряженным половым членом и др.). Давность этих повреждений не более одних суток. По своему характеру эти повреждения относятся к разряду легких, не причинивших кратковременного расстройства здоровья».

Повреждения могут обнаруживаться и на других частях тела свидетельствуемой. Поэтому при обследовании рекомендуется производить тщательный и подробный осмотр всей поверхности тела. Это обязательно и необходимо производить тем более, что в дальнейшем со стороны родственников потерпевшей могут возникать претензии и заявления, что повреждения были на других частях тела, однако эксперт их не осмотрел и не зафиксировал. Происхождение повреждений на других частях тела определяются по их характеру. Осмотр и оценка их производятся в обычном порядке. Повреждения при развратных действиях могут обнаруживаться вокруг заднепроходного отверстия. Иногда обнаруживаются надрывы уголков рта, уздечки языка и другие повреждения, особенно у маленьких девочек.

При обнаружении хронических изменений в области половых органов (атрофии слизистой входа во влагалище, воронкообразного углубления в области влагалища, захватывающего ладьевидную ямку, огрубения слизистой в этой области) может быть дано в соответствии с обстоятельствами дела заключение, в котором указывается, что обнаруженные изменения носят хронический характер и могут быть обусловлены хронической повторной травматизацией и раздражением наружных половых органов и только.

Хронические воспалительные изменения наружных половых органов могут быть обусловлены различными причинами, указанными выше. Для выяснения характера их происхождения необходимы дополнительные исследования отделяемого и выделений из влагалища, если они имеются. Следует также осмотреть потерпевшую со специалистами — гинекологом, урологом, венерологом.

Заражение венерической болезнью. Может иметь место заражение гонореей, сифилисом. Заражение гонореей, особенно у девочек, может быть различного происхождения и прежде всего у девочек возможно неполовое заражение гонореей от лиц, с которыми она близко соприкасается. Половое заражение гонореей при развратных

действиях воз-
чины к полов-
ваться уретри-
в прямой киш-

Заболевани-
жения и поз-
гнойным отде-
случаях необ-
временно и те-
домашнюю ра-
источник зар-
происходит в
Ленинграда,
1960).

Нужно им-
ных действиях
ревности, ме-
дений.

Для освидет-
заявила, что сос-
в результате ко-
осмотре у девоч-
зало, что она здо-
хронической го-
в одной постели.
решила обвинить
ее гонореей.

При зара-
твердого шанк-

заражение пол-
Выявление
расследования
терпевшего ли-
и источника за-
рическим забо-
циалисту-венер-
всего производ-

Дополни-
тера. При ос-
действий необ-
ватным тампо-
установления
влагалище в
и при целост-

Что касает-
ся вместе с
эксперт не дол-
правлять их л-
дование. Нап-
прямо обнару-
выделений, д-
дования долж-
ком, установ-
доказательств

действиях возможно при прикосновении половым членом больного мужчины к половым органам ребенка. При исследовании может обнаружиться уретрит, вульвовагинит. Может быть и локализация заболевания в прямой кишке, особенно при половом заражении.

Заболевание гонореей выявляется, начиная с 3-го дня после заражения и позднее, острыми воспалительными изменениями с обильным гнойным отделяемым, в котором обнаруживаются гонококки. В таких случаях необходимо обязательно осмотреть обвиняемого, а также одновременно и тех лиц, с которыми ребенок мог тесно соприкасаться: мать, домашнюю работницу и др. Детальное исследование позволяет выявить источник заражения. Заражение гонореей девочек примерно в 90% происходит внеполовым путем. По данным лечебных учреждений Ленинграда, в 59% источником была больная мать (И. И. Богоров, 1960).

Нужно иметь в виду возможность ложного обвинения в развратных действиях и заражении венерической болезнью из побуждений ревности, мести, шантажа и различных других корыстных побуждений.

Для освидетельствования была доставлена своей матерью девочка 3 лет. Мать заявила, что соседом по квартире совершались развратные действия с ее ребенком, в результате которых ребенок оказался зараженным венерической болезнью. При осмотре у девочки была обнаружена острая гонорея. Обследование обвиняемого показало, что он здоров. При обследовании матери было установлено, что она больна хронической гонореей. Девочка заразилась от матери, с которой она вместе спала в одной постели. Мать, желая отомстить соседу, который не захотел на ней жениться, решила обвинить его в развратных действиях в отношении своей девочки и заражении ее гонореей.

При заражении сифилисом локализация первичного аффекта — твердого шанкра — в области половых органов является указанием на заражение половым путем.

Выявление источника заражения является одной из задач органов расследования и судебно-медицинской экспертизы. Исследование потерпевшего лица для установления наличия венерического заболевания и источника заражения, а также возможности заражения данным венерическим заболеванием от определенного лица следует поручать специалисту-венерологу и соответствующие исследования целесообразнее всего производить через венерологический диспансер.

Дополнительные исследования иного характера. При освидетельствовании по поводу установления развратных действий необходимо обязательно брать мазки платиновой петлей или ватным тампоном с половых губ, преддверия и из влагалища для установления наличия спермы. Сперма может быть обнаружена во влагалище в течение немногих дней. При развратных действиях и при целости девственной плевы сперма может попасть во влагалище.

Что касается предметов (одежда, белье и др.), которые доставляются вместе с исследуемым лицом родителями, родственниками, то эксперт не должен принимать такие предметы для исследования или направлять их лично в лабораторию, а тем более сам производить исследование. Направление предметов, на которых обычно подозревают или прямо обнаруживают следы крови, семенной жидкости или каких-либо выделений, для судебно-медицинского или какого-либо другого исследования должно производиться только следователем и обычным порядком, установленным для направления на исследование вещественных доказательств.

Глава XXII

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ДЕЛ ОБ ИЗНАСИЛОВАНИИ

Ст. 117 УК. Изнасилование, т. е. половое сношение с применением физического насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшей, наказывается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет.

Изнасилование, сопряженное с угрозой убийством или причинением тяжкого телесного повреждения либо совершенное лицом, ранее совершавшим изнасилование, наказывается лишением свободы на срок от 5 до 10 лет.

Изнасилование, совершенное группой лиц или особо опасным рецидивистом или повлекшее особо тяжкие последствия, а равно изнасилование несовершеннолетней наказывается лишением свободы на срок от 8 до 15 лет со ссылкой на срок от 2 до 5 лет или без ссылки либо смертной казнью.

Уголовно-правовые положения

Объектом преступления является свобода и половая неприкосновенность женщины, половое сношение против ее воли и без ее согласия. Что касается насильственного мужеложства, то это преступление предусматривается ч. 2 ст. 121 УК.

Советское уголовное право рассматривает также и возможность изнасилования жены своим мужем, по поводу чего имеется разъяснение Пленума Верховного Суда РСФСР от 18/V 1925 г. (ст. 169 УК 1922 г., соответствующей ст. 153 УК 1926 г.).

Совершение развратных действий по отношению к лицу, достигшему совершеннолетия, не оставляет особого преступления в области половых отношений и может рассматриваться по признакам, предусмотренным другими статьями УК — оскорбление, хулиганство или как покушение на изнасилование. Таким образом, вопросы к эксперту могут касаться отдельных сторон, условий совершения преступления и установления факта полового сношения.

Рассмотрим отдельные условия совершения указанного преступления.

Физическое насилие может заключаться в нанесении телесных повреждений различного характера и степени, а также в лишении потерпевшего лица возможности сопротивления вследствие вызываемого бессознательного состояния повреждением, преодолением оказываемого сопротивления, которое должно быть действительным, а не мнимым (вызываемым). Вопросы к экспертизе могут касаться характера и степени тяжести повреждения у потерпевшей, характера и степени оказанного ею сопротивления, а также признаков, свидетельствующих о лишении возможности потерпевшей сопротивляться.

Психическое насилие может заключаться в угрозах, запугивании с целью добиться возможности полового сношения; при этом угроза должна быть действительной и непосредственной, например угроза огнестрельным оружием, ножом, приставленным к телу, которым иногда даже наносятся поверхностные повреждения. Угроза должна быть такой, чтобы она могла парализовать свободу действий потерпевшего лица. В одних случаях установление угрозы лежит всецело в компетенции следственных органов, например применение огнестрельного оружия. В других случаях, когда эта реальная угроза сопровождалась оставлением каких-либо следов (например, уколов, надрезов ножом),

Эти следы могут быть объектом судебно-медицинской экспертизы для выяснения их происхождения и степени тяжести. Угроза может быть и в виде чисто психического насилия, например заключаться в угрозе оглашения достоверных и действительных, но позорящих данное лицо сведений. Осуществление угроз может быть направлено в отношении самого потерпевшего и в отношении других, почему-либо близких ему, лиц. Об этих условиях вопросы к судебно-медицинской экспертизе обычно не относятся.

Использование беспомощного состояния потерпевшего лица. Имеется в виду наличие такого состояния у потерпевшего лица, когда оно не имело возможности сопротивляться. Речь может идти о бессознательном состоянии или физической беспомощности (алкогольное опьянение, наркоз, гипнотическое состояние и др.). Могут быть и такие случаи, когда потерпевшее лицо оказалось в бессознательном состоянии без участия преступника, а последний воспользовался этим состоянием.

Судебно-медицинской экспертизе могут предъявляться на разрешение вопросы, касающиеся удостоверения действительности беспомощного состояния потерпевшей в результате алкогольного опьянения, для выяснения степени опьянения, физической беспомощности. Что касается гипнотического состояния, то такие вопросы следует направлять судебному психиатру.

Использование согласия путем обманных действий. Если половое сношение совершается путем обмана, когда, например, потерпевшая принимает насильника за своего мужа, то такое половое сношение, хотя бы оно и не имело характера насилия в смысле физического или психического воздействия, рассматривается законом как насильственное половое сношение. Половое сношение, достигнутое обещанием в последующем жениться на потерпевшей, не включает в себе состава преступления вследствие того, что такой обман по общему правилу не создает беспомощности женщины.

Судебно-медицинская экспертиза

Задачи судебно-медицинской экспертизы заключаются в обнаружении при исследовании потерпевшей (и вещественных доказательств) таких медицинских данных, которые могут послужить для органов расследования и суда доказательствами факта имевшего места насильственного полового сношения. Задачей судебно-медицинского исследования поэтому является установление фактов: 1) введения полового члена во влагалище; 2) повреждений, указывающих на применение физического насилия; 3) беспомощного состояния потерпевшей; 4) психического воздействия; 5) изменений, которые судом могут быть определены как особо тяжелые последствия изнасилования.

Порядок экспертизы. Судебно-медицинский эксперт должен учитывать особую сложность и деликатность обследований в делах о насильственном половом сношении, а также возможность ложного обвинения в изнасиловании по мотивам различного характера. Поэтому эксперт должен относиться к таким освидетельствованиям исключительно осторожно, щепетильно. Необходимо подробно фиксировать все, что будет заявлять потерпевшая, и все то, что будет экспертом обнаружено при самом подробном и детальном ее осмотре. Необходимо подчеркнуть также, что экспертиза по поводу насильственного полового сношения должна производиться экспертом обязательно с помощью других лиц

медицинского персонала и если следователь женщина, то желательно ■ присутствии следователя.

Так же осторожно эксперт должен относиться и к собиранию анамнестических данных. При обследованиях по такому поводу предварительно необходимо ознакомиться с материалами дела у следователя или получить от него эти материалы, а уже затем приступить к исследованию потерпевшей. Исследование должно включать собирание анамнеза, в частности и специальный анамнез, общий осмотр наружных половых органов, осмотр повреждений, если они имеются. Рекомендуются, особенно в целях обнаружения повреждений, производить полный общий осмотр. Для этого лучше всего предложить обследуемой полностью раздеться и в таком виде осматривать все тело, тщательно описывая обнаруженные повреждения, их локализацию и характер. Все повреждения и их детали наносятся на схемы, а также фотографируются. Такой общий осмотр исключит возможность упустить какие-либо повреждения и даст представление о характере и происхождении тех повреждений, которые обнаружены.

Собирание анамнеза. Рекомендуются предложить обследуемой изложить обстоятельства дела и записать все то, что она скажет. После этого ставят отдельные уточняющие, дополнительные вопросы. Все, что потерпевшая расскажет сверх того, что имеется в материалах дела, необходимо немедленно сообщить следователю, чтобы он мог зафиксировать эти данные в протоколе допроса. Затем записывают данные специального анамнеза, касающиеся развития функций половой сферы, половой жизни (ее начала, беременностей, родов, абортов или указаний, что потерпевшая половой жизнью не жила).

Осмотр. После этого переходят к осмотру наружных половых органов. Отмечается их развитие, характер распределения растительности, состояние наружных половых органов, слизистой входа во влагалище, состояние девственной плевы, обнаруженные изменения, выделения, повреждения. Производят исследование внутренних половых органов, если в этом имеется необходимость. Из сводов влагалища через влагалищное зеркало берут мазки и направляют для исследования ■ лабораторию в обычном порядке.

После осмотра наружных половых органов переходят к осмотру повреждений, если они имеются. Исследование повреждений ведется в обычном порядке: описывают их характер, месторасположение, размеры, цвет (кровоподтеков), состояние (наличие корочек, степень заживления и другие особенности).

Обнаруженные изменения в области наружных половых органов могут носить различный характер, в зависимости от ряда обстоятельств: возраста свидетельствуемой, степени развития половых органов, предшествующей половой жизни. Поэтому и результаты осмотра могут быть различные.

Насильственному половому сношению могут подвергаться лица женского пола разного возраста. Как показывает практика и литературные данные, такие покушения могут совершаться как в отношении детей (грудной, ранний детский возраст, подростки), так и в отношении пожилых, старых женщин.

При попытке насильственного полового сношения с детьми, подростками возникают обширные повреждения ■ области половых органов: разрывы не только наружных половых органов и промежности, но и влагалища, его сводов, прямой кишки (рис. 64). Пострадавшие с такими повреждениями поступают в лечебные учреждения, где и производится их первоначальный осмотр. У таких пострадавших

все обнаруженные повреждения и изменения должны быть подробно описаны в истории болезни.

У подростков и лиц, находящихся в периоде полового созревания, повреждения в области половых органов зависят от степени развития последних. У таких потерпевших можно встретиться с повреждениями различного характера или с отсутствием повреждений, если наружные



Рис. 64. Разрыв промежности у 10-летней девочки при попытке изнасилования.

половые органы достаточно развиты и половое сношение может совершаться. Если половое сношение совершается впервые, то обнаруживаются разрывы и надрывы девственной плевы (характер таких повреждений был описан выше). У женщин же, живших половой жизнью, после насильственного полового сношения может не оставаться и обычно не остается никаких изменений в области наружных и внутренних половых органов. В отдельных случаях могут возникать повреждения, если половой акт совершался грубо или был бурным. Возможно повреждение слизистой входа во влагалище, девственной плевы, где могут быть обнаружены кровоподтеки и осаднения. Иногда наблюдались разрывы сводов влагалища. В большинстве же случаев факт полового сношения установлен быть не может. У пожилых, старых женщин при насильственном половом сношении могут возникать повреждения в области наружных половых органов в виде кровоподтеков, осаднений, надрывов и разрывов, располагающихся иногда и во влагалище. Возникновение таких повреждений обусловлено состоянием и атрофией тканей половых органов.

В задачу судебно-медицинского эксперта входит обнаружение данных, свидетельствующих о введении полового члена во влагалище.

Указаниями на имевшее место половое сношение, т. е. введение полового члена во влагалище, могут быть: 1) обнаруживаемые области половых органов повреждения; 2) у лиц, не живших половой жизнью, у которых насильственный половой акт был первым, — наличие повреждений девственной плевы и обнаружение спермы во влагалище; 3) у лиц, живших половой жизнью, — обнаружение во влагалище семенной

жидкости. В таком случае при освидетельствовании должны быть приняты меры для определения групповой принадлежности спермы и взяты мазки из влагалища; 4) прямым или косвенным указанием на бывшее введение полового члена во влагалище может быть наличие заражения венерической болезнью с локализацией в области половых органов; 5) относительным указанием на бывшее введение полового члена во влагалище может быть беременность, срок которой совпадает со временем насильственного полового сношения. Нужно только иметь в виду, что беременность может наступить и без введения полового члена во влагалище при эякуляции ■ преддверии влагалища. Указания на имевшее место введение полового члена во влагалище могут быть получены при исследовании подозреваемого (см. ниже).

Для установления возможности заражения венерической болезнью и сроков заражения обследуемую направляют в венерологический диспансер. Для установления возможности беременности потерпевшую вызывают вторично через 2—3 недели для повторного обследования.

Обстоятельства происшествия и полученные расследованием доказательства могут подтверждать действия, имевшие своей направленностью и целью совершение насильственного полового сношения. При судебно-медицинской экспертизе может быть установлено, что девственная плева не нарушена и введение полового члена во влагалище не имело место. Отсюда можно сделать только один вывод, что полового сношения не было. В таких случаях действия обвиняемого будут органами расследования и судом устанавливаться по умыслу и его направленности на основании других обстоятельств по делу. Задачей же судебно-медицинского эксперта является, как видно из изложенного выше, обнаружение данных, подтверждающих введение полового члена во влагалище.

Эксперт, следовательно, устанавливает не факт полового сношения, ■ факт введения полового члена во влагалище. Из этого факта, установленного экспертизой, органы расследования и суд сделают вывод, что половое сношение было. Установление факта введения полового члена во влагалище требует специальных медицинских знаний. Вывод же из этого факта, что было половое сношение, делают органы расследования и суд.

При обнаружении данных, свидетельствующих о введении полового члена во влагалище, эксперт в своем заключении это и отмечает: «При осмотре гр-ки Н. не обнаружено данных, указывающих на введение полового члена во влагалище». Однако это не исключает того, что половое сношение имело место, особенно у женщин, живших до этого половой жизнью.

Эксперт не должен отвечать на вопросы, не требующие специальных знаний. Например, судебно-медицинскому эксперту иногда задают вопрос: могло ли половое сношение, к тому же насильственно, быть совершено в какой-то позе (стоя и др.)? На такой вопрос эксперт не должен отвечать, так как для этого не требуется специальных, в частности медицинских, знаний.

Спрашивают иногда: является ли половое сношение в определенной позе, например ■ коленно-локтевом положении, извращенной формой полового сношения? Это также не требует специальных медицинских знаний. Следует только разъяснить органам расследования и суда, что понятие «извращенная форма» относится к половому сношению, а не к позе, ■ которой оно совершается.

Остановиться на разъяснении этих вопросов было необходимо потому, что все они встречаются в практике ■ вызывают затруднения и

неправильно
юшими из
неправильно
Установ
и судебно
мость уста
половом с
имело ли
ние и воз
тельства,
вопросы
В некоторы
быть разр
тейского
которые
которые м
опыта.

Насиль
сторонних
на помощ
данный с
и кримина
ся, что ж
зительно
дится уст
случае, и
которые м

Вопрос
мым, не в
разрешен
отношений
буется изм
веса и об
суду и без
лишь в сл
фекты или
терпевшей

Иногда
ным ли б
нии каких
решать э
опыта для
получить
терпевшей
существа
ний одежд

Соотно
мого сам
сти, дост
ния. Физи
не оказат
ожиданно
ные прои
падению
пятствов

неправильные толкования и у экспертов, и у юристов со всеми вытекающими из таких неправильных толкований последствиями, вплоть до неправильной квалификации действий и судебных решений.

Установление признаков физического насилия. При расследовании и судебном разбирательстве дел об изнасиловании возникает необходимость установления применения физической силы при насильственном половом сношении. Поэтому перед экспертом нередко ставится вопрос: имело ли здесь место насилие, оказывалось ли достаточное сопротивление и возможно ли было совершение полового сношения при обстоятельствах, излагаемых свидетельствуемой? Надо сказать, что не все эти вопросы может и должен разрешать судебно-медицинский эксперт. В некоторых случаях при описанных обстоятельствах эти вопросы могут быть разрешены самим судом и следователем, исходя из обычного житейского опыта. Эксперт должен устанавливать только те данные, которые требуют медицинских знаний и опыта, а отнюдь не те, которые могут разрешаться на основании общежитейских сведений и опыта.

Насильственное половое сношение совершается без присутствия посторонних лиц, в уединенном месте, где потерпевшей не могут прийти на помощь, и у суда возникает нередко и таких случаях вопрос: мог ли данный субъект изнасиловать потерпевшую? В судебно-медицинской и криминалистической литературе это решается отвлеченно. Указывается, что женщина не может быть изнасилована мужчиной при приблизительно равном соотношении сил. В судебной практике же это приходится устанавливать не отвлеченно, и конкретно, и каждом отдельном случае, ибо нередко возникает ряд таких привходящих обстоятельств, которые могут быть только в данном случае.

Вопрос, могла ли свидетельствуемая быть изнасилованной обвиняемым, не всегда требует специальных медицинских знаний и может быть разрешен самим судом. Для того чтобы получить представление о соотношении физических сил потерпевшей и обвиняемого, обычно не требуется измерения мышечной силы обоих динамометром, определения веса и общего физического состояния обоих. Это должно быть ясно суду и без экспертизы. Необходимость и последней может возникнуть лишь в случаях, когда будут указания на какие-либо физические дефекты или заболевания, снижающие способность к сопротивлению у потерпевшей или применения силы у обвиняемого.

Иногда перед экспертом ставится неправильный вопрос: «Достаточно ли было оказывавшееся потерпевшей сопротивление?» На основании каких специальных медицинских знаний и опыта может эксперт решать этот вопрос? Никаких специальных медицинских данных и опыта для разрешения такого вопроса нет. Ответ суд может и должен получить из анализа всех обстоятельств происшествия: объяснений потерпевшей и обвиняемого, осмотра места происшествия, наличия и отсутствия повреждений на теле потерпевшей и обвиняемого, поврежденной одежды, характера угроз и других данных, но не экспертизы.

Соотношение сил и физического состояния потерпевшей и обвиняемого само по себе не решает вопроса о возможности или невозможности, достаточности или недостаточности оказывавшегося сопротивления. Физически хорошо развитая и крепкого сложения женщина может не оказать насильнику никакого сопротивления вследствие испуга, неожиданности нападения, угроз. Вместе с тем известны также конкретные происшествия, когда решительное сопротивление подвергшейся нападению женщины, значительно уступавшей в силах нападавшему, препятствовало насилию. Установление достаточности или недостаточности

сопротивления насилию относится, следовательно, к компетенции органов расследования и суда. Эксперту же может быть поставлен вопрос: «Нет ли у потерпевшей каких-либо физических недостатков или заболеваний, которые свидетельствовали бы о ее физической слабости?» Такие данные могут быть установлены на основании специальных медицинских познаний.

При равном, одинаковом соотношении сил у мужчины и женщины насильственное половое сношение может быть совершено, при этом без нанесения каких-либо повреждений, когда нападение совершается неожиданно, особенно в уединенном месте, или человеком, со стороны которого женщина не могла ожидать нападения. Под влиянием страха, эмоционального шока, испуга женщина может не оказать сопротивления насильнику. Возможен ряд и других обстоятельств, которые могут лишить женщину возможности оказать сопротивление и даже своевременно заявить об этом после совершенного насильственного полового сношения. Известны факты, когда женщина не звала на помощь из-за стыда. Вместе с тем не исключается возможность симуляции изнасилования и ложного обвинения в этом. Поэтому в тех случаях, когда имелись заявления об изнасиловании, а при осмотре у потерпевшей не обнаруживали повреждения, должны быть тщательно и детально выяснены все обстоятельства дела, анализ которых позволил бы уяснить действительное положение вещей. Все это относится уже к компетенции органов расследования и суда.

Нужно иметь в виду, что насильственное половое сношение в отношении девушек, подростков может быть совершено значительно легче, чем по отношению к женщинам, уже жившим половой жизнью. Это может объясняться отсутствием у первых жизненного опыта, неумением ■ незнанием способов защиты, препятствующих совершению полового акта, большей физической слабостью, большей возможностью у них испуга, эмоционального шока, чем у взрослых женщин.

В ряде случаев изнасилование может быть совершено двумя и более лицами (групповое изнасилование), которые или все принимают участие ■ изнасиловании и совершают половой акт, или же некоторые из них не совершают полового акта, а подавляют сопротивление жертвы, помогая этим другим насильникам. Лица, подавлявшие сопротивление жертвы, но не совершавшие сами полового сношения, тем не менее также привлекаются к уголовной ответственности за изнасилование.

Необходимо иметь в виду возможность ложного обвинения ■ групповом изнасиловании. В практике известны такие факты, когда женщина, добровольно совершившая сношение с несколькими лицами, затем обвиняла их в групповом изнасиловании. При групповом изнасиловании должны быть осмотрены все ее участники.

Повреждения у потерпевшей при насильственном половом сношении. При осмотре потерпевшей у нее на теле могут быть обнаружены повреждения, указывающие на применение насилия для совершения полового сношения.

На теле потерпевшей могут быть обнаружены поверхностные повреждения в виде кровоподтеков различного характера, ссадин, царапин, следов от укусов зубами и иногда раны от колющих, режущих и тупых предметов. Повреждения могут располагаться на различных частях тела: на лице, в области губ, носа, щек, в виде кровоподтеков от давления пальцами, ударов кулаком, ссадин ногтями, укусов зубами, имеющих характерную форму. Повреждения на шее могут быть в виде кровоподтеков от сдавливания пальцами, ссадин полулунной формы от давления ногтями, в виде повреждений в области шеи, имеющих

характерну
руками.
Повреж
сдавливания
в области
рук; на гру
ваются сле

Рис. 65. Кровотечение в области бедра

сти половых
действия па
ног. На спи
ударов о тве
возникшие п
ровной пове
могут подтве
тивление, и
укусов зубам
половых орг
подтеки при
В одних с
ными, ограни
венными и т
носа, челюст
дением горт
Наличие
ных частях
шей и указы
в своем зак
терны для и
20 м. и. Авде

характерную форму, указывающих на имевшее место сдавление шеи руками.

Повреждения могут располагаться на плечах — от захватывания и сдавления руками в виде кровоподтеков; на предплечьях, особенно ■ области лучезапястных суставов, — от захватывания и удерживания рук; на груди, особенно ■ области молочных желез, иногда обнаруживаются следы от укусов зубами, кровоподтеки от насасывания; ■ обла-



Рис. 65. Кровоподтеки и царапины на бедре у потерпевшей.



Рис. 66. Кровоподтеки на бедрах у потерпевшей.

сти половых органов: больших половых губ — от ударов и грубого воздействия пальцами, на внутренней поверхности бедер — при разведении ног. На спине и ягодицах, в поясничной области могут быть следы от ударов о твердые предметы при падении, ссадины и царапины на коже, возникшие при движении, протаскивании, если жертва лежала на неровной поверхности (земле), ■ лесу — на сучках. Такие повреждения могут подтвердить позу, ■ которой находилась жертва, оказывая сопротивление, и подтвердить ее объяснения о их происхождении. Следы от укусов зубами обнаруживаются иногда в области лобка, наружных половых органов, на бедрах, на ягодицах. На голених могут быть кровоподтеки при ударах по ногам при попытке свалить жертву (рис. 65—70).

В одних случаях обнаруживаемые повреждения бывают незначительными, ограниченными, в других — весьма распространенными, множественными и тяжелыми в виде даже переломов костей (особенно костей носа, челюстей). Сдавления шеи могут сопровождаться иногда повреждением гортани и нарушением звуочной речи.

Наличие множественных повреждений, расположенных ■ определенных частях тела, может косвенно подтверждать объяснения потерпевшей и указывать на имевшее место насилие. Однако эксперту не следует в своем заключении указывать, что обнаруженные повреждения характерны для изнасилования. Такое заключение неправильно. Характерных

для изнасилования повреждений нет. Все повреждения должны быть нанесены на схемы и сфотографированы.

Изнасилование с использованием беспомощного состояния. Установление беспомощного состояния может быть предметом судебно-медицинской экспертизы. Однако не всегда состояние беспомощности должно устанавливаться через судебно-медицинского эксперта. Последний может устанавливать только факты, требующие для их объяснения медицинских знаний.



Рис. 67. Множественные ссадины на голених у потерпевшей.

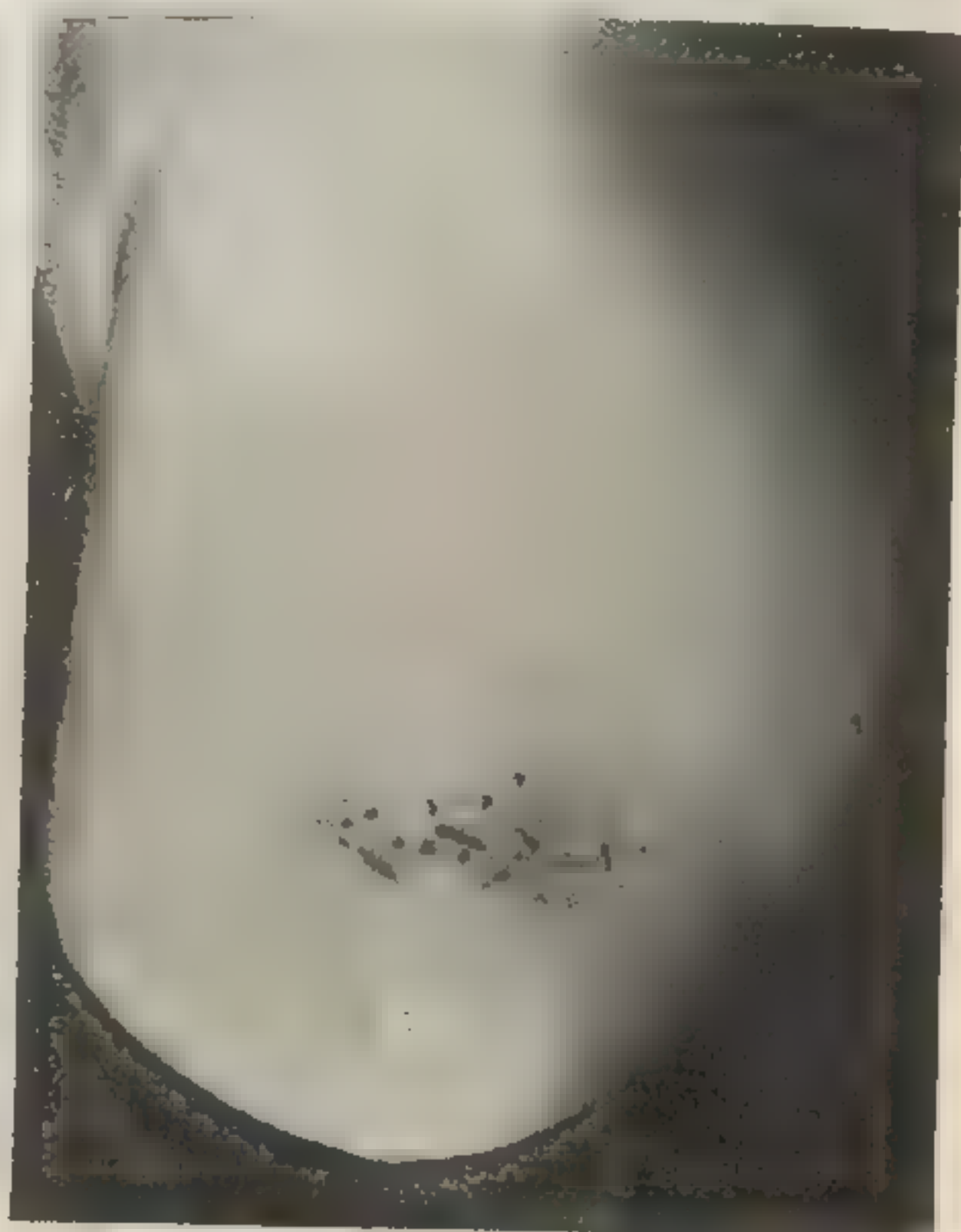


Рис. 68. Ссадины на бедре у потерпевшей.

Беспомощность заключается в отсутствии у субъекта возможности обеспечить и сохранить свое существование от различного рода внешних воздействий, которые могут угрожать опасностью здоровью и жизни человека. Она может быть обусловлена различными обстоятельствами.

Внешние условия могут складываться таким образом, что человек оказывается беспомощным, не имея возможности преодолеть эти условия, как это бывает, например, при стихийных бедствиях. Человек может быть придавлен во время обвала какой-нибудь тяжестью и в таком положении оказаться совершенно беспомощным, не имея возможности двинуться. Человек является беспомощным в некоторые периоды жизни в силу физиологических особенностей своего состояния. Беспомощными являются дети; беспомощными могут быть и глубокие старики в силу физического одряхления и немощи различного характера. Беспомощное состояние имеет место в состоянии физиологического сна, особенно у людей, которые спят глубоким сном. У них может возникать беспомощность в течение некоторого времени, пока не наступит пробуждение. Беспомощное состояние может обуславливаться заболеваниями, как психическими, так и соматическими.

Беспомощность бывает при многих психических заболеваниях, при которых больной не осознает опасность своего положения и поэтому не может правильно реагировать на окружающее. Беспомощность наблюдается при слабоумии, идиотии, тяжелой эпилепсии, особенно во время

эпилептических припадков, когда больной находится в бессознательном состоянии, и при многих других психических заболеваниях, сопровождающихся бредом. Установление состояния беспомощности, имеющее место в результате психического заболевания, относится к компетенции эксперта-психиатра, и судебно-медицинский эксперт не должен брать на себя разрешение такого вопроса.

Беспомощное состояние может быть и при различных соматических заболеваниях, например при параличах, при острых инфекционных заболеваниях, сопровождающихся бредовым состоянием, при заболеваниях, сопровождающихся истощением — кахексией, в связи с чем резко ослабляются физические силы, и при многих других состояниях, вызывающих физическую слабость. В каждом отдельном конкретном случае такой вопрос разрешается в зависимости от характера заболевания и состоя-



Рис. 69. Множественные мелкие ссадины на ягодицах потерпевшей.

ния обследуемого. В необходимых случаях к экспертизе могут быть привлечены и специалисты других специальностей.

Беспомощность может быть обусловлена пороками развития, последствиями детского паралича, а также в результате приобретенных физических дефектов, например потери руки, ноги, когда возможность оказывать сопротивление резко снижается. И здесь в каждом отдельном конкретном случае заключение будет зависеть от состояния субъекта. В некоторых случаях, например при отсутствии одной руки, судебно-медицинская экспертиза может и не потребоваться для установления беспомощности.

Беспомощность может быть связана с потерей сознания, вызванной испугом, эмоциональным шоком, особенно у подростков, молодых девушек, или травмой в результате повреждений головы, а также малокровием, шоком и другими состояниями, обусловленными повреждениями. Вопрос о возможности потери сознания потерпевшей нередко ставится в конкретных уголовных делах и решается в зависимости от конкретных обстоятельств. В некоторых случаях судебно-медицинскому эксперту следует указать на необходимость привлечения к экспертизе эксперта-психиатра.

Беспомощное состояние может наступить также под влиянием действия наркотических веществ, либо принятых сознательно, либо данных потерпевшей умышленно, путем подмешивания к пище, напиткам. Надо

сказать, что в практике такого рода беспомощное состояние, вызванное наркотическими веществами, встречается крайне редко. Здесь может иметь место ложное заявление, обусловленное различными мотивами. К таким заявлениям надо относиться крайне осторожно и критически. Потерпевшая иногда заявляет, что ей дали «понюхать» платок или «закурить папиросу» или набросили ей на лицо какой-то предмет, в силу чего она тут же потеряла сознание. Такие заявления должны вызывать сомнение по той причине, что таких веществ, которые вызывали бы мгновенную потерю сознания, да еще только на время изнасилования

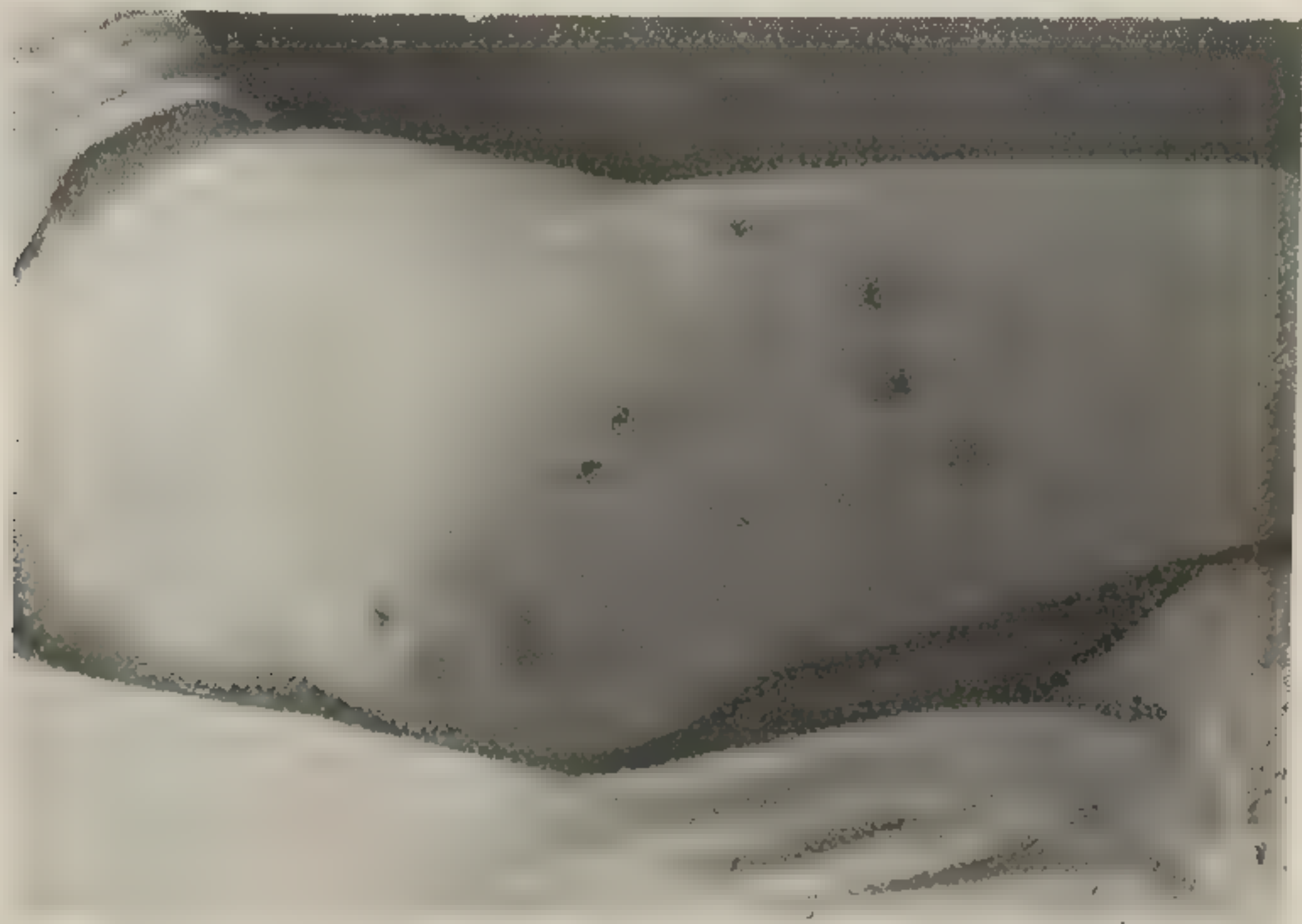


Рис. 70. Двенадцать колотых ран бедра у потерпевшей.

и без каких-либо других последствий, по существу нет. Эфир, хлороформ и другие наркотические вещества не вызывают мгновенной потери сознания от одного вдоха, чем объясняется невозможность хлороформирования спящих людей.

Чаще беспомощное состояние может быть обусловлено приемом алкогольных напитков. Однако к заявлениям об умышленном подпаивании нужно подходить весьма осторожно. Такое заявление о «подпаивании» может быть убедительным, если оно исходит от лица, не знакомого с действием алкогольных напитков, но не от взрослой женщины.

Беспомощное состояние потерпевшей может быть вызвано в том случае, когда потерпевшая в силу малолетнего возраста, физических недостатков, расстройства психики и иного болезненного или бессознательного состояния не могла понимать характера и значения совершаемых с ней действий (определение Судебной коллегии по Уголовным делам Верховного Суда РСФСР от 18/VI 1966 г. по делу Ашуралиева А. Бюллетень Верховного Суда СССР, 1966, № 5).

Рассмотрим отдельные виды беспомощного состояния и участие судебно-медицинской экспертизы в установлении беспомощности.

Беспомощные состояния, вызванные неблагоприятным стечением обстоятельств внешнего порядка: неудобным положением потерпевшей, придавливанием тяжестью или какими-либо другими подобными обстоятельствами, не требуют специальных медицинских знаний, т. е. судебно-медицинской экспертизы, так как могут быть объяснены и неспециалистами-медиками. Примерами такого беспомощного состояния, вызванного внешними обстоятельствами, могут быть следующие.

Женщина
дети ее руки.
ишь назад. В
Женщина оказ
того, что она
ление беспомо
ских знаний.
чаях зафиксир
М. Г. Сер
на подоконник
окно. В таком

Беспомо
стариков, др
ской экспер
Беспомо
изнасилова
примеров та
нах, живши
в состоянии
В ряде случ
навливался
изнасилова
кий сон у
предшество
устанавлива
половое сно
изнасилова
женщин, жи
ление поло
висеть от а
описаны на
сна в силу т
случае име

Беспомо
ниями, треб
ской экспер
левания, ег
отсутствие
медицинско
нет основан
Беспомо
устанавлив
зависит от
Беспомо
должно уст
состояние
изнасилова
женщин, к
может упа
знаний, не
сильного и
но и в на
Беспом
знания от
обследова
влекать
иногда и

Женщина несла на спине тяжесть ■ рюкзаке с лямками, через которые были про-
шлись ее руки. Остановившись отдохнуть, она, не снимая рюкзака, полулегла, отклонив-
шись назад. ■ таком состоянии она была изнасилована проходившим мимо субъектом.
Женщина оказалась в беспомощном состоянии и не могла сопротивляться вследствие
того, что она сама и ее руки оттягивались тяжестью, находившейся на спине. Устано-
вление беспомощного состояния ■ подобном конкретном случае не требовало медицин-
ских знаний. Оно может быть установлено следователем, судом и в необходимых слу-
чаях зафиксировано следственным экспериментом.

М. Г. Сердюков сообщает об изнасиловании женщины, которая была опрокинута
на подоконник таким образом, что верхняя половина туловища у нее свешивалась за
окно. В таком положении она и была изнасилована преступником.

Беспомощность, обусловленная физиологическим состоянием у детей,
стариков, дряхлых лиц, также по существу не требует судебно-медицин-
ской экспертизы и может быть установлена следователем и судом.

Беспомощность в состоянии физиологического сна может быть и при
изнасиловании. В судебно-медицинской литературе имеются описания
примеров такого состояния. В большинстве случаев речь идет о женщи-
нах, живших половой жизнью, которые подвергались изнасилованию
в состоянии глубокого сна, нередко после тяжелой физической работы.
В ряде случаев женщина и не просыпалась, а факт изнасилования уста-
навливался в дальнейшем по другим обстоятельствам. Описаны случаи
изнасилования во сне ■ девушек, не живших половой жизнью,— глубо-
кий сон у них также имел место после тяжелой физической работы,
предшествовавшего недосыпания, опьянения. Обследование потерпевших
устанавливало нарушение физической девственности и происшедшее
половое сношение. Следовательно, опыт ■ практика показывают, что
изнасилование во время сна может происходить не только ■ отношении
женщин, живших половой жизнью, но ■ в отношении девушек. Устано-
вление полового сношения ■ состоянии физиологического сна будет за-
висеть от анализа каждого конкретного случая. В практике известны и
описаны насильственные половые сношения с женщиной во время ее
сна в силу того, что она принимала насильника за своего мужа. В таком
случае имеет место не использование беспомощного состояния, а обман.

*Беспомощное состояние у лиц, страдающих психическими заболева-
ниями*, требует проведения квалифицированной судебно-психиатриче-
ской экспертизы. Последняя устанавливает наличие психического заболе-
вания, его характер, возможность и наличие беспомощного состояния,
отсутствие у субъекта возможности сознавать свои действия. Судебно-
медицинскому эксперту ■ таких случаях принимать участие в экспертизе
нет оснований.

Беспомощное состояние, зависящее от соматических заболеваний,
устанавливается на основании обследования потерпевшей и заключение
зависит от особенностей конкретного случая.

Беспомощное состояние, вызванное испугом и эмоциональным шоком,
должно устанавливаться также совместно с психиатром. Беспомощное
состояние и отсутствие сопротивления нередко имеют место в случаях
изнасилования подростков, молодых девушек и взрослых замужних
женщин, когда потерпевшая в силу испуга и эмоционального шока
может упасть ■ обморок, потерять сознание или, даже находясь в со-
знании, не оказывать никакого сопротивления насильнику вследствие
сильного испуга. Это может происходить не только в уединенном месте,
но и в населенной квартире.

Беспомощное состояние, вызванное травмой (например, потеря со-
знания от удара по голове или других повреждений), устанавливается
обследованием потерпевшей. Необходимо к таким обследованиям при-
влекать по постановлению следователя специалиста-невропатолога, а
иногда и психиатра.

Беспомощное состояние вследствие гипноза ■ практике не встречается. В старой литературе имеются лишь отдельные описания гипнотического состояния, использованного с преступной целью для изнасилования. При таких заявлениях нужно думать, что чаще всего имеется ложное обвинение. Во всяком случае установление возможности изнасилования во время «гипноза» относится к компетенции эксперта-психиатра.

Беспомощное состояние, обусловленное приемом наркотических средств, требует исследования не только потерпевшей, но и вещественных доказательств: остатков принимавшейся пищи, напитков, посуды, рвотных масс. Необходимо также судебно-химическое исследование мочи потерпевшей для установления характера наркотического вещества. В таких случаях требуется детальный анализ клинической картины и всех обстоятельств дела. Из наркотических веществ нужно иметь в виду барбитураты, хлоралгидрат. Еще раз нужно подчеркнуть, что такие случаи в практике исключительно редки.

Беспомощное состояние, вызванное приемом алкоголя, и ссылка на это встречаются чаще всего. Но нередко бывает также, что потерпевшая ссылается на опьянение в силу того, что желает как-то оправдать свое поведение и поэтому делает заявление, что она была умышленно приведена в состояние опьянения. В подобных случаях надо иметь в виду следующее: если такое обстоятельство имело место в отношении подростка, молодой девушки или женщины, незнакомых с действием алкоголя, не употреблявших его ранее, то приведение в состояние опьянения и вызванная им беспомощность, как показывает практика, могли иметь целью последующее насильственное половое сношение. Опьянение и беспомощное состояние, снижение способности к сопротивлению могут быть вызваны у таких лиц сравнительно небольшими количествами алкоголя.

У женщин, употребляющих вообще алкоголь и имеющих представление о его действии, ссылки на приведение в состояние опьянения должны вызывать сомнение. Однако всегда надо учитывать конкретные обстоятельства происшествия.

Гр-ка Ж., 39 лет, была направлена для экспертизы по поводу заявления об изнасиловании.

Обстоятельства происшествия. 13/І в 8 часов вечера Ж. пришла на квартиру к своей замужней подруге О., где присутствовали муж О. и гр-н Ф. Все присутствовавшие сели за стол, выпивали и закусывали. Ж. выпила 3 рюмки водки (раньше спиртных напитков она не употребляла). У нее закружилась голова и началась рвота. Ее уложили на диван, и она уснула. Ж. проснулась в 7 часов утра 14/І и обнаружила, что на ней нет трусов и туфель. Трусы оказались под диваном, туфли под столом. Остальная одежда была на ней. Когда встали все остальные и сели за стол пить чай, то гр-н Ф. стал шутить и намекать на то, что он имел половое сношение с Ж. Дома при переодевании Ж. обнаружила на сорочке и комбинации много крови. Белье она представила следователю сама. Была направлена ■ поликлинику, где 15/І при осмотре у нее обнаружили нарушение девственной плевы, и она была направлена на судебно-медицинскую экспертизу.

Жалобы: боли в животе.

Специальный анамнез: менструации с 17 лет (3—4 дня, безболезненные, умеренные, последние — 4—5 января), половую жизнь, беременности отрицает.

Объективные данные: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Молочные железы развиты умеренно, дряблые, отвисшие, околососковые кружки темно-красной окраски, выделений из молочных желез при надавливании не отмечается.

Повреждений на теле, в частности на бедрах и ■ окружности наружных половых органов, не обнаружено. Наружные половые органы сформированы правильно и хорошо развиты. Слизистая преддверия бледно-розовой окраски. Слева, посередине, на слизистой, соответственно верхнему левому квадранту девственной плевы, отмечается ссадина правильной овальной формы, размером 2×1,5 мм. Выделений из влагалища нет; девственная плева кольцевидная, низкая, с несколько извилистым свободным краем. Внизу, по средней линии, свежий разрыв до основания плевы. Слева, в верхнем левом квадранте, в области имеющейся естественной выемки ограниченная свежая раневая поверхность по нижнему краю выемки, соответственно описанной выше ссадине на

слизистой входа во влагалище. Слизистая девственной плевы и остальных местах бледно-розовой окраски. Ввиду наличия кровотока разрыва плевы введение пальца в отверстие плевы не производилось. **Выводы.** Целость девственной плевы у гр-ки Ж. нарушена. Давность этого нарушения соответствует указанному свидетельствуемой срока. Что касается возможности бессознательного и беспомощного состояния после выпитых гр-кой Ж. 3 рюмок водки и сна, то установить это не представляется возможным, хотя возможность полового сношения в состоянии глубокого сна, связанного с опьянением, не исключается. Гр-ка Ж. подлежит обследованию через 2—3 недели для установления возможного наступления беременности.

Если заявление об алкогольном опьянении делается на следующий день после приема алкоголя или ранее, то необходимо произвести количественное определение алкоголя в крови и моче для получения объективных данных, и также тщательное расследование и выяснение возможного количества принятого потерпевшей алкоголя.

Таким образом, установление беспомощного состояния зависит от конкретных обстоятельств дела и производится на основании тщательного анализа всех материалов дела.

Установление изнасилования с применением психического воздействия. Ст. 117 УК предусматривает насильственное половое сношение путем угроз. Имели ли место угрозы и их характер, эти обстоятельства устанавливаются органами расследования и судом. Задачей судебно-медицинской экспертизы является установление факта имевшего место введения полового члена во влагалище. Это устанавливается на основании обычных исследований и доказательств.

Симуляция изнасилования, необоснованное, т. е. ложное, обвинение в насильственном половом сношении. В практике не представляет собой редкости случаи симуляции изнасилования, покушения на изнасилование и ложного обвинения в насильственном половом сношении. Побудительными мотивами для симуляции и ложного обвинения могут быть различные обстоятельства: месть, шантаж, желание оправдать свое поведение и др. Такие обвинения могут иметь место по отношению к различным лицам, в частности к врачам и судебно-медицинским экспертам, которые проводили осмотр и обследование «потерпевших».

В некоторых случаях подают заявление об изнасиловании малолетних лиц, на попечении которых малолетние находятся (родители и опекуны).

Такие ложные обвинения могут быть со стороны лиц, страдающих истерией, психическими заболеваниями, особенно с эротическим бредом. Выдвигаемые версии об обстоятельствах изнасилования в одних случаях прямо вызывают сомнения в их правдоподобности и заставляют думать о психическом заболевании заявительницы. В других случаях заявления бывают весьма правдоподобными и представляются основания для возбуждения уголовного преследования против лиц, обвиняемых в изнасиловании.

К таким ложным жалобам и заявлениям относятся также обвинения в том, что «потерпевшей давали какие-то специальные напитки с целью вызвать состояние полового возбуждения или влечения к определенному субъекту. Такого рода обвинения объясняются либо психическим заболеванием заявительницы, либо недостаточным общекультурным уровнем, когда женщина может самым серьезным образом быть уверена в том, что ее пытались склонить к половой связи, давая ей специальный, «любовный» напиток.

Симуляция изнасилования заключается в том, что женщина, заявляя об изнасиловании ее или попытке изнасилования, предъявляет ряд повреждений, которые, по ее мнению, должны свидетельствовать о факте будто бы имевшего место насилия. Такие поврежде-

ния бывают разнообразными по своему характеру, но обычно представляют собой кровоподтеки, вызванные щипками или насасыванием губами и поэтому расположенные на местах, доступных для насасывания или причинения собственной рукой. Встречаются также множественные царапины и даже поверхностные надрезы, особенностью которых является то, что они бывают поверхностными, множественными и расположенными параллельно или во взаимно перекрещивающихся направ-



Рис. 71. Множественные царапины на лице подозреваемого.



Рис. 72. Множественные ссадины и царапины на лице подозреваемого.

лениях. Такие самоповреждения располагаются большей частью на открытых частях тела, но иногда и на закрытых. В последних случаях требуется осмотр и исследование одежды, через которую такие повреждения должны были наноситься. Повреждения, нанесенные собственной рукой при симуляции изнасилования, настолько характерны, что их происхождение становится ясным опытному эксперту уже при первом осмотре. В некоторых случаях необходимо проведение судебно-психиатрической экспертизы, так как обвинения в изнасиловании с причинением самоповреждений могут быть у психически больных.

Обвинения в насильственных действиях в отношении детей и подростков требуют, кроме судебно-медицинской экспертизы, обязательной судебно-психиатрической экспертизы и опросов таких «потерпевших» экспертом-психиатром, психологом, педагогом в присутствии следователя, что позволяет выяснить истинный характер происшествия и заявлений. В случаях ложного обвинения детей обычно обучают определенной версии, которую они стереотипно и повторяют. Кроме того, нужно иметь в виду возможность и ложного рассказа ребенка в силу присущей детской психике фантазии.

Изнасилование, соединенное с половыми извращениями. В некоторых случаях пострадавшие заявляют, что изнасилование было связано с половыми извращениями. К последним относятся извращенные формы полового сношения с введением полового члена в задний проход или в рот. При осмотрах в таких случаях могут быть обнаружены изменения, подтверждающие правильность заявлений. При введении полового члена в задний проход и освидетельствовании вскоре после происшествия могут быть обнаружены изменения в области заднепроходного отверстия в виде осаднений, надрывов кожи и слизистой и более глубоких повреждений, ран, продолжающихся на слизистую прямую кишки. На слизистой оболочке прямой кишки могут быть найдены отдельные кровоизлияния и осаднения, а иногда и глубокие надрывы, проникающие

в парар
брать дл
обнаруж
условным
В извест
ния, а в
ми (гоно
Необх
мого. У
ного пол
(см. ниж
В нек
сти рта у
ки языка
той щек.

Особ
судебно-
ся расстр
причинен
тей и по
сношении
вреждени
тяжелым
измени
могут на
ким посл
К тя
лезною.
нерологи
после им



Рис. 73

следств
у подро
детель
вторно
ления
К т
ной б

представ-
насыванием
множест-
о которых
и распо-
я направ-

в параректальную клетчатку. При освидетельствовании необходимо брать для исследования мазки из прямой кишки, в которых могут быть обнаружены сперматозоиды. Обнаружение последних является безусловным доказательством имевшего место введения полового члена. В известной степени на это могут указывать обнаруженные повреждения, а в более отдаленные сроки — заражение венерическими болезнями (гонорея, сифилис).

Необходимо в таких случаях обязательное исследование и обвиняемого. У него могут быть обнаружены доказательства противоестественного полового сношения в виде каловых масс ■ складках крайней плоти (см. ниже).

В некоторых случаях могут быть обнаружены повреждения ■ области рта у потерпевшей в виде осаднения слизистой губ, надрывов уздечки языка, кровоизлияний в области твердого и мягкого неба, слизистой щек.

Особо тяжкие последствия изнасилования могут также потребовать судебно-медицинской экспертизы. Изнасилование может сопровождаться расстройством здоровья, психическими нарушениями у потерпевшей, причинением ей тяжких телесных повреждений. При изнасиловании детей и подростков, а иногда и взрослых женщин, при грубом половом сношении могут возникать в области половых органов обширные повреждения, сопровождающиеся либо значительным кровотечением, либо тяжелыми осложнениями, приводящими к деформациям ■ рубцовым изменениям ■ области половых органов. Такого рода повреждения могут нарушать способность к деторождению, что также является тяжким последствием.

К тяжким последствиям относится заражение венерической болезнью. Последнее устанавливается специальным исследованием ■ венерологическом диспансере, проводимом через определенный период после имевшего место сношения или покушения на него. Тяжелым по-



Рис. 73. Следы от укуса на носу подозреваемого

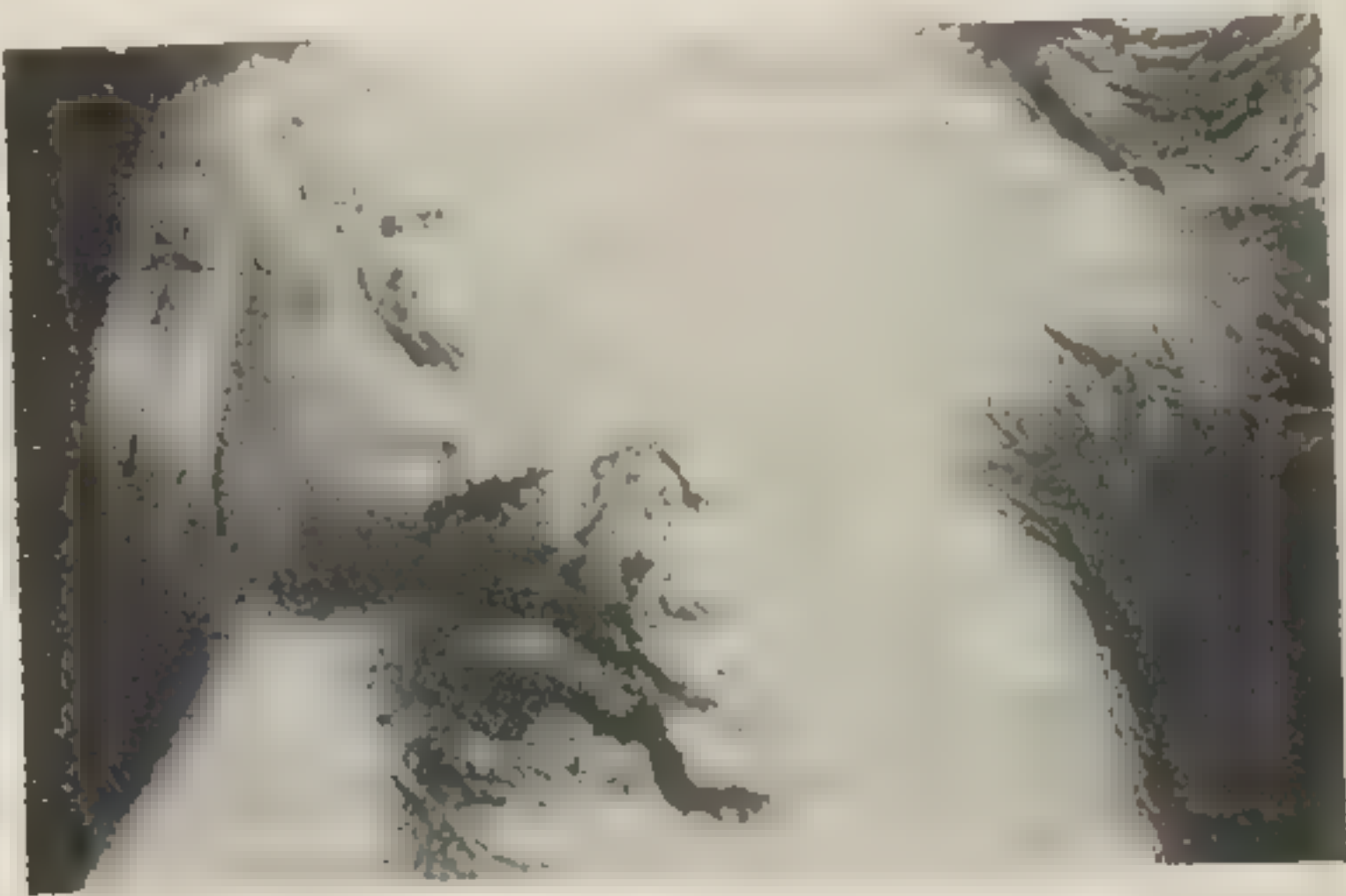


Рис. 74. Следы от укуса в области лба у обвиняемого.

следствием изнасилования следует считать и беременность, ■ частности у подростков и лиц, не достигших половой зрелости. Поэтому при освидетельствовании по поводу изнасилования требуется обязательное повторное исследование потерпевшей для установления возможного наступления беременности.

К тяжким последствиям изнасилования относится обострение душевной болезни в результате полученной потерпевшей при изнасиловании

психофизической травмы, перешедшей в тяжелую, требующую длительного лечения форму (Определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР. Бюллетень Верховного Суда РСФСР, 1966, № 5).

Тяжким последствием изнасилования является и душевное заболевание независимо от того, носит ли это заболевание стойкий характер или нет (Постановление Президиума Верховного Суда РСФСР от 16/III 1966 г. Бюллетень Верховного Суда РСФСР, 1966, № 6).

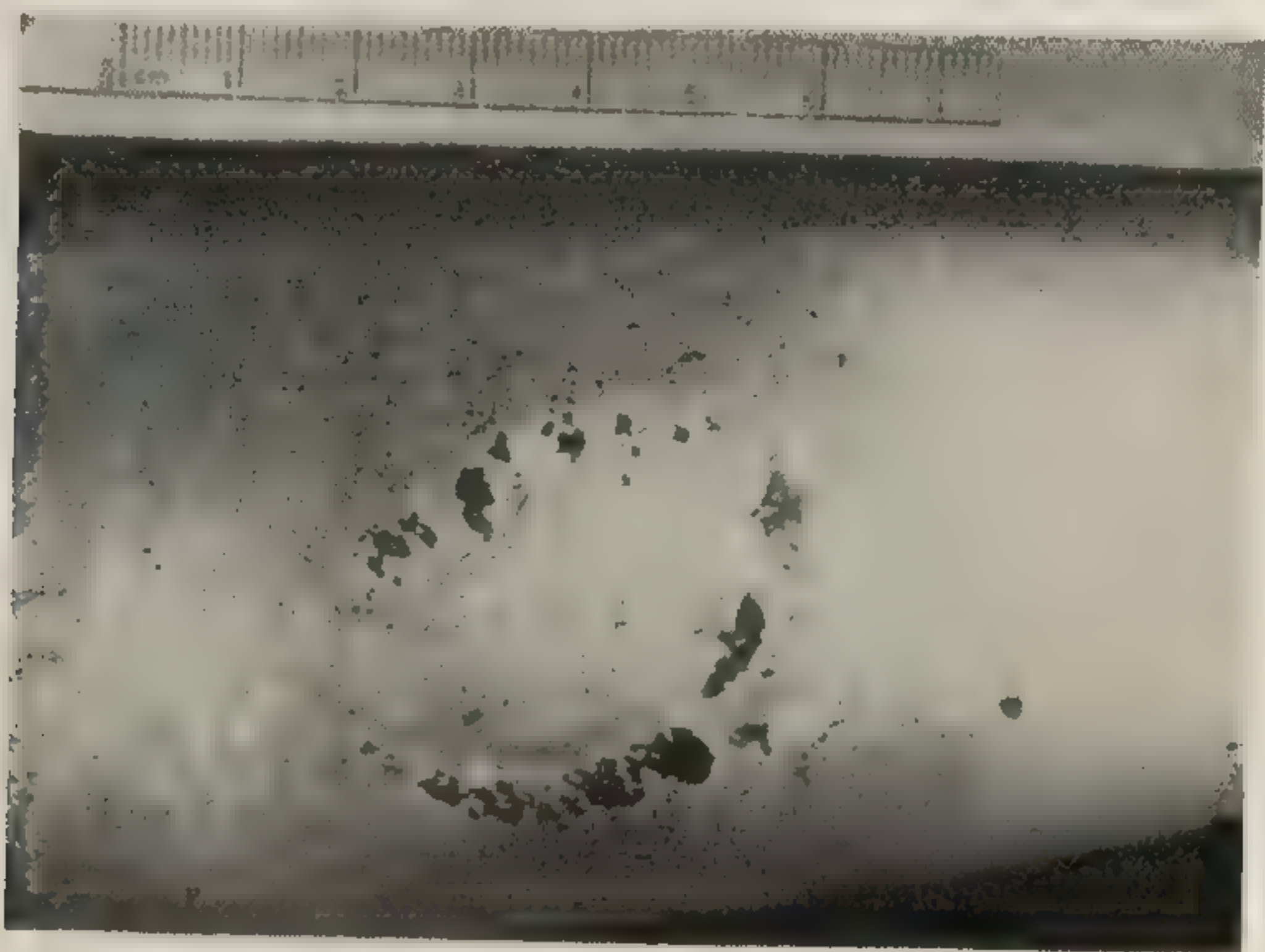


Рис. 75. Следы от укуса на предплечье у обвиняемого.

Особо тяжкими последствиями при изнасиловании являются смерть или самоубийство потерпевшей, либо расстройство душевной деятельности, последовавшей в результате изнасилования, а также причинение ей телесных повреждений, предусмотренных ст. 108 УК РСФСР, в процессе изнасилования или покушения на него (Бюллетень Верховного Суда РСФСР, 1966, № 4).

Наличие психического расстройства и его связь с имевшим место изнасилованием устанавливают судебно-психиатрической экспертизой.

Осмотр подозреваемого (обвиняемого). При экспертизе по поводу насильственного полового сношения необходимо обязательно направлять для судебно-медицинского исследования подозреваемого или обвиняемого. Практика показывает, что нередко обследование обвиняемого подтверждает заявление потерпевшей, так как у него обнаруживаются повреждения определенного происхождения и характера, доказывающие правильность заявлений потерпевшей. Потерпевшая, например, заявляет, что она, оказывая сопротивление нападавшему, оцарапала ему лицо, укусила его за щеку, палец (рис. 71—78). И эти повреждения у подозреваемого действительно находят.

При освидетельствовании подозреваемого у него определяются повреждения, которые иногда позволяют не только опознать насильника, служить доказательством определенного, оказанного ему сопротивления, но и идентифицировать, например, по обнаруженным у него следам укусов причинение их именно потерпевшей. Подозреваемый также должен быть детально и подробно освидетельствован, как и потерпевшая. Следователь должен обеспечить и произвести судебно-медицинское ис-

длитель-
оловным
РСФСР,
заболе-
характер
ФСР от
6).

следование подозреваемого возможно быстрее после происшествия. Это позволяет обнаружить у него как доказательства недавнего полового сношения, так и исключить его, например, на протяжении дней, предшествовавших происшествию.

Осмотр подозреваемого или обвиняемого в изнасиловании необходимо производить, предложив снять ему всю одежду, чтобы выявить как повреждения, так и другие особенности на теле. Найденные повреждения измеряют, подробно описывают, наносят на схему, фотографируют.

Осмотр половых органов и окружающих частей тела требует особого внимания. На половых органах и в окружности их могут быть обнаружены повреждения, посторонние частички: волосы, кровь, следы спермы. Повреждения на половом члене могут быть причинены потерпевшей при оказании ею сопротивления и при грубых попытках полового сношения.

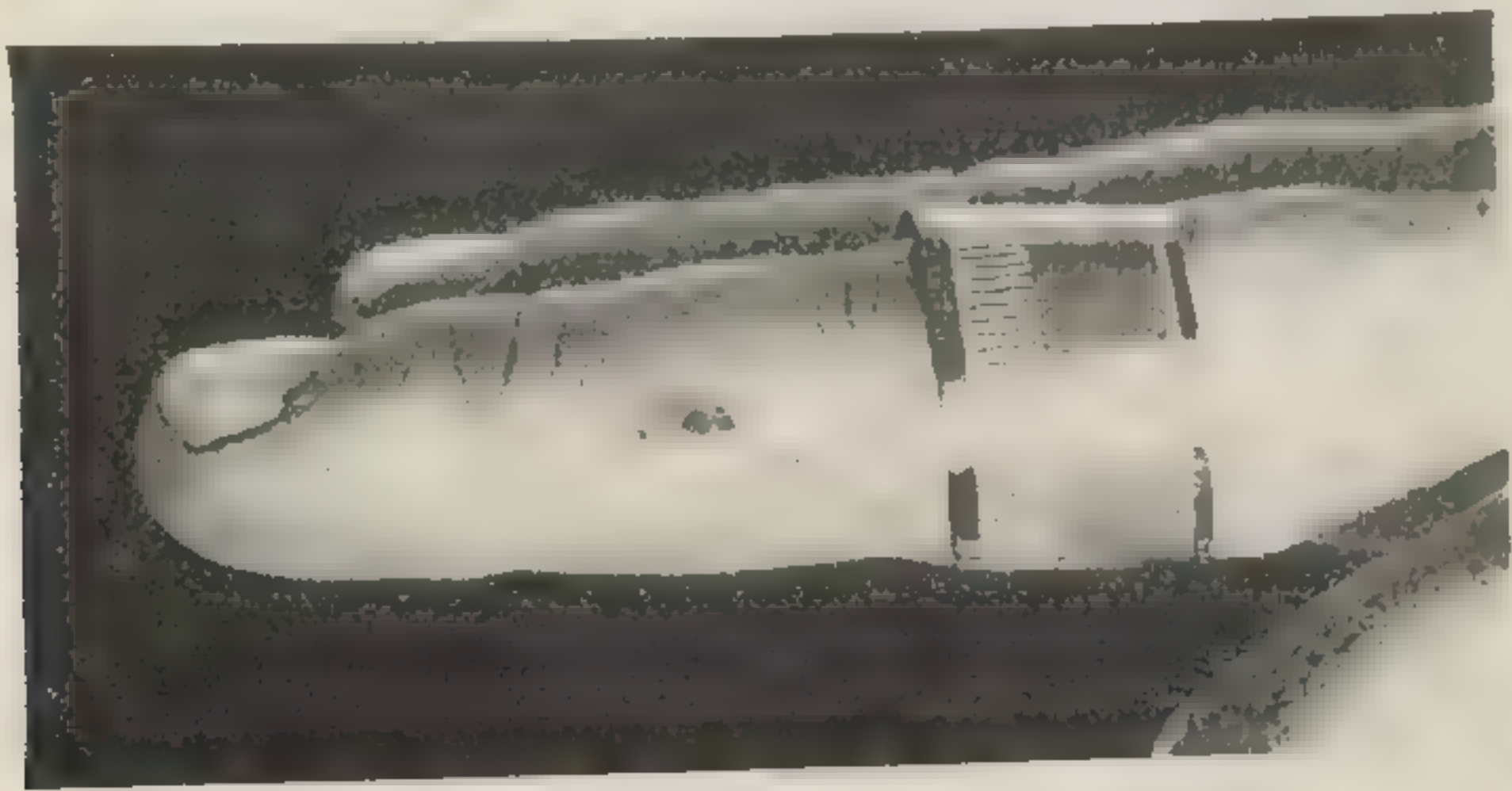


Рис. 76. Следы от укуса на пальце обвиняемого.

На половом члене могут быть ссадины, царапины, кровоподтеки, надры-
вы уздечки, упоминаются также следы укусов.

Из посторонних частичек большое значение имеют волосы. Последние могут быть обнаружены в препуциальном мешке, на половых органах (а также и на белье, одежде). Волосы должны быть изъяты и переданы следователю для оформления их как вещественных доказательств. Специальные исследования в судебно-медицинской лаборатории могут установить: происхождение волос с той или иной части тела (головы, лобка), вырваны волосы или выпали, повреждены или нет, сходны ли с волосами потерпевшей или подозреваемого по половому хроматину — с волосами потерпевшей или подозреваемого по половому хроматину — найденные на половом члене (и на белье, одежде), также должны подвергнуться исследованию. Наличие крови при отсутствии повреждений у подозреваемого указывает на происхождение их от другого лица. Это может быть кровь потерпевшей при ее дефлорации или кровь менструальная. Следы крови с половых органов должны быть изъяты тампоном, на волосах — сострижены вместе с волосами и переданы следователю для направления в лабораторию. Исследование следов крови может установить ее группу, иногда происхождение (менструальная или нет).

Если подозреваемого осматривают непосредственно после происшествия, то сперма может быть обнаружена в мочеиспускательном канале, откуда следует взять мазки выдавливаемого содержимого. Такие мазки следует брать всегда для микроскопического, бактериоскопического исследования. Рекомендуется брать отпечатки с головки полового члена и особенно с внутренней поверхности препуциального мешка и

полового члена. Исследование отпечатков необходимо производить для обнаружения сперматозоидов, эритроцитов, клеток влагалищного эпителия. Н. Г. Шалаев обнаруживал сперматозоидов в отпечатках с крайней плоти на протяжении суток после полового сношения. Следы спермы находят на белье и верхней одежде подозреваемого. При групповом

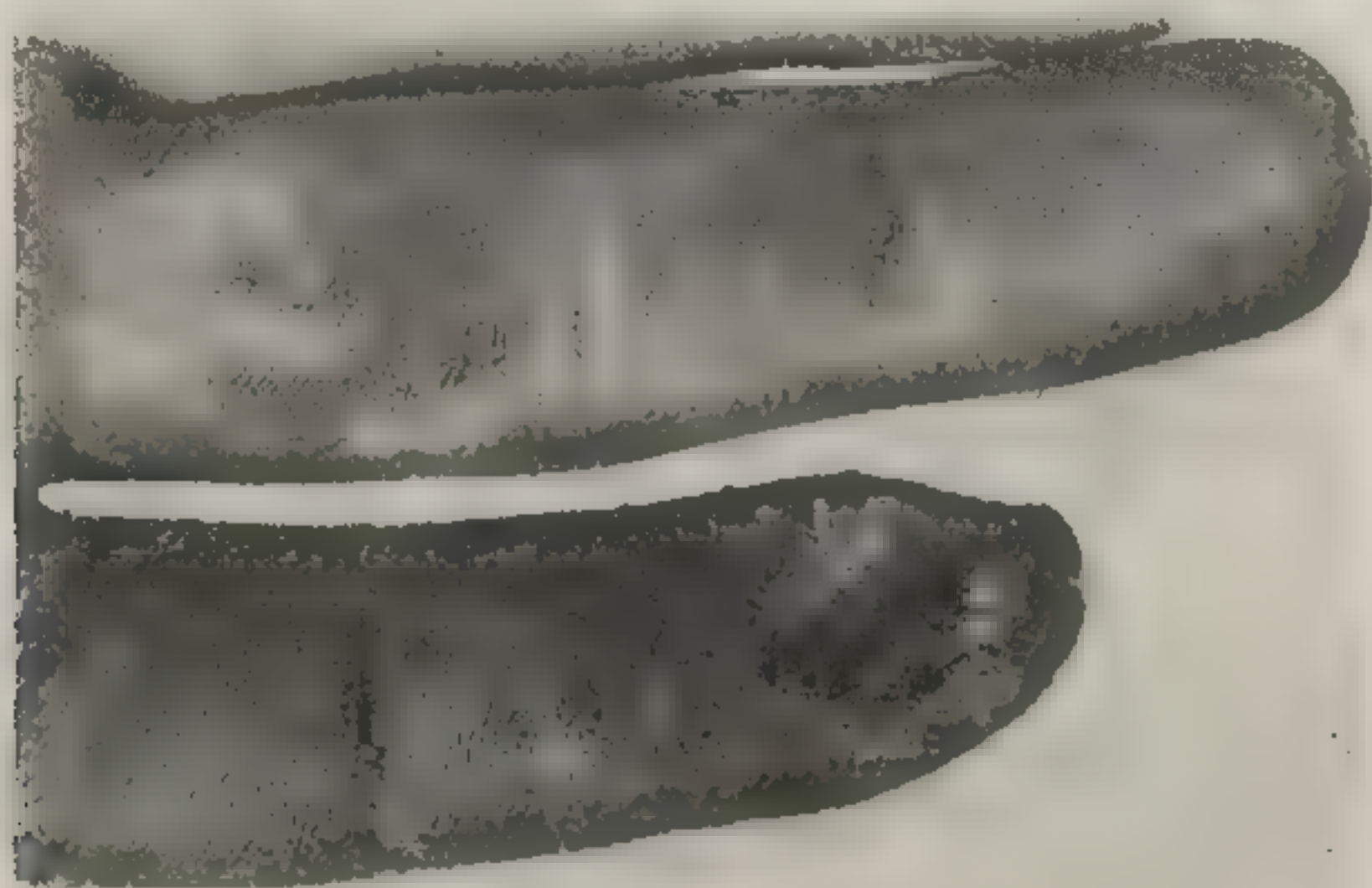


Рис. 77. Укушенная рана на пальце обвиняемого.

изнасиловании на одежде подозреваемых могут быть пятна спермы с различными групповыми свойствами. Это может подтвердить не только происхождение их от различных лиц, но и последовательность совершения ими половых сношений. Осмотр, описание, изъятие одежды, белья и других предметов у подозреваемого и направление их для экспертизы лежат на обязанности следователя.



Рис. 78. Укушенная рана языка у обвиняемого.

Н. Г. Шалаевым обстоятельно разработана методика исследования подозреваемого в половом преступлении. Им же предложены специальные лабораторные методы выявления и исследования элементов вагинального содержимого, крови, кала, слюны, спермы, волос, волокон одежды на половых органах, на пальцах рук, под ногтями и на одежде подозреваемого. Эти исследования и предложенные методы значительно

расширяют в
получать объ
как нормальн
исследования
ваемых. Ниж
методиках.

Судебно-м
ступлений за
вещественных
таты исследо
вания подоз
тельств. Об о
ментации об

Экспертиз
ра подозрева
взять необхо

При опро
вия, дата по
или после пр
отдела бедер
мой, отдельн
прочесывать
принадлежат

При осмо
наличие пов
наличие или
следов кров
сывают сост
ней плоти, е
члена, иссле
и предстате

Взятие о
подозреваем
циального м
альном меш
жимого, спе

Чистые
редним бок
Кроме того
ном, котор
места отде
и к уретре
обтирания
поном. Эти
жимого.

Этими
всем прот
высушенны
кеты и на
антигенов

В урет
слегка ув
лают им
Из-под
быть обн

расширяют возможности судебно-медицинской экспертизы, позволяя получать объективные доказательства бывшего полового сношения, как нормального, так и ■ извращенной форме. Предлагаемые методики исследования необходимо использовать при исследовании подозреваемых. Ниже приводятся основные сведения об этих исследованиях ■ методиках.

Судебно-медицинская экспертиза подозреваемого в половом преступлении заключается в осмотре самого подозреваемого, его одежды, вещественных доказательств и объектов, взятых от потерпевшей. Результаты исследования последних сопоставляются с результатами исследования подозреваемого и относящихся к нему вещественных доказательств. Об осмотре потерпевшей и подозреваемого, исследовании, документации обнаруженных у последнего повреждений было сказано выше.

Экспертизу и осмотр потерпевшей предлагается проводить до осмотра подозреваемого, подробно выяснить обстоятельства происшествия и взять необходимые объекты для лабораторного исследования.

При опросе подозреваемого выясняются обстоятельства происшествия, дата последнего полового сношения, с кем именно (возраст), до или после происшествия. При осмотре лобка, паховых складок, верхнего отдела бедер, мошонки обращают внимание на помарки кровью, спермой, отдельные волосы, повреждения. Волосы на лобке рекомендуют прочесывать над листом бумаги для обнаружения волос, которые могут принадлежать потерпевшей.

При осмотре полового члена прежде всего обращают внимание на наличие повреждений, их характер и расположение. Затем отмечают наличие или отсутствие спермы, ее количество, наличие или отсутствие следов крови, частичек кала, волос, волокон, других загрязнений. Описывают состояние, цвет эпителия головки, шейки полового члена, крайней плоти, ее подвижность. Измеряют длину и окружность полового члена, исследуют яички и через прямую кишку — семенные пузырьки и предстательную железу.

Взятие объектов для лабораторного исследования. При обследовании подозреваемого необходимо взять отпечатки с полового члена, препуциального мешка и мазки из уретры. На половом члене ■ в препуциальном мешке могут быть обнаружены элементы вагинального содержимого, сперматозоиды, кровь.

Чистые предметные стекла, смазанные белком, прикладывают к передним боковым отделам шейки полового члена и на его протяжении. Кроме того, эти же места обтирают слегка увлажненным ватным тампоном, которым затем делают мазки на предметных стеклах с каждого места отдельно. Не следует прикасаться при этом к области уздечки и к уретре во избежание переноса в препарат элементов мочи. Для обтирания каждого участка полового члена пользуются отдельным тампоном. Эти мазки служат для выявления элементов вагинального содержимого.

Этими же тампонами затем тщательно протирают половой член на всем протяжении (от головки до корня) и лобок. Затем два из них, высушенных при комнатной температуре, упаковывают в бумажные пакеты ■ направляют в лабораторию для выявления группоспецифических антигенов вагинального содержимого.

В уретру на глубину 1—1,5 см вводят на спичке ватный тупфер, слегка увлажненный водой или 15% винным спиртом. Извлекают и делают им 2—3 мазка на предметных стеклах.

Из-под ногтей пальцев рук необходимо взять мазки, в которых могут быть обнаружены элементы вагинального содержимого. Кожу пальцев

протирают ватным тампоном, которым потом делают мазки на стеклах. Содержимое из-под ногтей и ногтевых валиков выделять удобнее всего сделанной из спички лопаточкой. Последнюю вместе с извлеченной массой помещают в чистый бумажный пакетик. Можно спичку смочить слегка водой. Необходимо избегать какого-либо повреждения кожи, так как это может вызвать кровотечение и примешивание к соскобу из-под ногтей крови подозреваемого.

Необходимо исключить возможность попадания на взятые объекты каких-либо частиц с рук эксперта или вспомогательного персонала. Н. Г. Шалаев упоминает о попадании в отпечатки волокон одежды и мелких капелек слюны врачей, бравших материал у подозреваемого. Перед тем как сделать отпечатки и мазки, необходимо хорошо вымыть руки или брать отпечатки и мазки в хирургических перчатках.

Предметные стекла с отпечатками и мазками должны быть помещены каждое в отдельности в чистые пакетики, пронумерованы и упакованы для отправки в лабораторию. Само собой разумеется, что нельзя упаковывать вместе объекты, взятые от подозреваемого и от потерпевшей.

В отпечатках и мазках с полового члена лабораторными методами исследования могут быть обнаружены:

1. Клетки влагалищного эпителия. Их особенности позволяют устанавливать фазу овариально-менструального цикла. Сравнительно-цитологический метод позволяет получить доказательства полового сношения с конкретной женщиной или его исключить.
2. Микрофлора.
3. Групповая принадлежность вагинального содержимого.
4. Следы крови, позволяющие установить их происхождение (кровь от повреждений или кровь менструальная).
5. Сперматозоиды.
6. Элементы слюны, позволяющие установить извращенную форму полового сношения.
7. Элементы кала (частицы распада пищевых веществ — мышечные и соединительнотканые волокна, растительную клетчатку, крахмальные зерна, кишечную палочку и другую бактериальную флору, яйца глистов и другие). Обнаружение таких частиц будет свидетельствовать о введении полового члена в прямую кишку.

Состояние и характер найденных в отпечатках элементов вагинального содержимого, флоры, элементов слюны, а также наличие или отсутствие в препуциальном мешке смегмы позволяют судить о давности последнего полового сношения, которое имел подозреваемый.

Исследование на половой хроматин обнаруживаемых на подозреваемом и его одежде клеток позволяет определить половую принадлежность клеток. Морфологические особенности таких клеток и содержание в них большого количества гликогена позволяют установить их происхождение из влагалища, а изосерологическая дифференцировка — их видовую и групповую принадлежность.

Исследование на половой хроматин отдельных волос, найденных на подозреваемом, его одежде, выявляет их половую принадлежность.

Влагалищное содержимое может быть обнаружено на пальцах рук и на одежде подозреваемого. Полученные при исследовании подозреваемого данные сопоставляются с результатами лабораторных исследований, осмотра одежды и другими материалами, а также с результатами всестороннего исследования потерпевшей.

Исследования и рекомендации Н. Г. Шалаева значительно расширяют возможности судебно-медицинской экспертизы подозреваемого.

Лаборатории
том, а соотв
рактории.
Методик
оценка резу

1. Исслед
и в мазках с
общепринятой
соскабливают
ние спектра г
2. Исслед
мазках-отпеча
устанавливает
принятым ме
3. Исслед

кие элементы
полового чле
устанавливаю
ными и спец
ую грампол

Для выя
щают на пре
или физиоло
Для изв
клейкую лен

Вода ди
Азотнок
Азотнок
Формал
Клетки

бренные ул
лением.

Окраск
рованным о
соединяясь
но коричне
парата.

Окраск
многими ос
по Фельген
спиртом и
в течение

вым голуб
спирте, за
препараты

а затем и
В пре
коцитов и
ностей кле

(по Паппе
Вагин
матина и
клетки ср

новить сх
При
способом,
обнаруже

кишечную
При
так как
териоскоп

4. И
члена, а
одежды

Лабораторные исследования должны производиться не самим экспертом, а соответствующими специалистами в судебно-медицинской лаборатории.

Методика лабораторных исследований по Шалаеву и экспертная оценка результатов лабораторных исследований приводятся ниже.

Методика лабораторных исследований

1. Исследование на кровь. Наличие крови в содержимом из-под ногтей и в мазках с полового члена устанавливается микроспектральным исследованием по общепринятой методике. Тонкий мазок-отпечаток с полового члена предварительно соскабливают, концентрируя содержимое на небольшой площади, что облегчает выявление спектра гемохромогена.

2. Исследование на сперматозоиды. Наличие сперматозоидов в мазках-отпечатках с шейки, тела полового члена, устья уретры и в пятнах на одежде устанавливается микроскопическим исследованием препаратов, окрашенных по общепринятым методикам.

3. Исследование на вагинальное отделяемое. Морфологические элементы вагинального отделяемого (клетки, бактерии) в мазках-отпечатках с полового члена, в содержимом из-под ногтей и в пятнах спермы и крови на одежде устанавливают путем микроскопического исследования препаратов, окрашенных обычными и специальными методами (на гликоген, половой хроматин, кислотонеустойчивую грамположительную палочку).

Для выявления вагинальных клеток в содержимом из-под ногтей часть его помещают на предметное стекло, диспергируют в небольшой капле дистиллированной воды или физиологического раствора, высушивают в термостате и окрашивают.

Для извлечения гликогенсодержащих клеток из пятен на одежде используют клейкую ленту или раствор, стабилизирующий гликоген:

Вода дистиллированная или 5% уксусная кислота 100 мл.

Азотнокислая медь 1,8 г.

Азотнокислый кальций 0,9 г.

Формалин 40% 10 мл (перед употреблением).

Клетки из раствора извлекают центрифугированием или фильтрацией через мембранные ультрафильтры № 3—4 под легким отрицательным или положительным давлением.

Окраску на гликоген проводят парами йода по методу Мака. Для этого нефиксированным отпечатком или мазком накрывают бюкс с раствором Люголя. Пары йода, соединяясь с гликогеном, избирательно окрашивают его через 3—5 минут интенсивно коричневый цвет. Окрашенные клетки хорошо видны на бесцветном фоне препарата.

Окраска на половой хроматин. Половой хроматин удовлетворительно красится многими основными красителями. Однако наиболее четко он выявляется при окраске по Фельгену, толуидиновым голубым или крезилвиолетом, после фиксации метиловым спиртом и гидролиза препарата в 5 н. соляной кислоте при комнатной температуре в течение 20 минут. После гидролиза препарат промывают водой, красят толуидиновым голубым (1%) или крезилвиолетом (1%), которые готовят на 50% этиловом спирте, забуференном буфером с pH 5,7. После окраски, которая длится 1—2 минуты, препараты споласкивают водой, высушивают и заключают в бальзам или полистирол, а затем исследуют с иммерсионным объективом.

В препаратах, подвергнутых гидролизу, окрашиваются только ядра клеток, лейкоцитов и головки сперматозоидов. Поэтому для изучения морфологических особенностей клеток и микрофлоры необходимо покрасить часть препаратов другим методом (по Паппенгейму, Граму, Цилю — Нильсену).

Вагинальную природу клеток устанавливают по наличию в ядрах полового хроматина и большому количеству гликогена в цитоплазме. Обнаруженные вагинальные клетки сравнивают с клетками слизистой влагалища потерпевшей, что позволяет установить сходство или различие между ними.

При извращенных половых сношениях в препаратах, окрашенных тем или иным способом, отыскивают элементы кала и слюны, в частности слюнные тельца. Для обнаружения крахмальных клеток препараты красят йодом, а при исследовании на кишечную палочку — по Граму.

При наличии соответствующих условий целесообразно делать посев на среду Эндо, так как бактериологическая индикация кишечной палочки более достоверна, чем бактериоскопическое исследование.

4. Исследование волокон. Под ногтями и под крайней плотью полового члена, а иногда в пятнах на одежде подозреваемого можно найти волокна тканей одежды потерпевшей. Для обнаружения мелких обломков волокон мазки-отпечатки

и тампоны, которыми обтирали половой член, рассматривают под стереомикроскопом с увеличением в 8—16 раз. Собранные волокна помещают на предметное стекло, заключают в полистирол или глицерин и подвергают сравнительномикроскопическому исследованию с образцами волокон одежды потерпевшей и самого подозреваемого. Волокна сравниваются по природе, строению, цвету, толщине, свойствам поляризации и первичной люминесценции.

При наличии возможности можно провести микрохимические реакции на отдельные группы волокон.

5. Определение групповой принадлежности вагинального отделяемого и крови, собранных с половых органов. Количество вагинального отделяемого и крови, собранных с полового члена и области лобка подозреваемого, может быть достаточным для определения их групповой принадлежности методом абсорбции агглютининов в количественной модификации. Исследование проводится с навесками из верхних слоев марлевых тампонов по общепринятой методике.

6. Исследование волос. Сравнительномикроскопическое исследование волос, обнаруженных на половых органах, одежде подозреваемого или на месте происшествия, проводится по общепринятой методике.

Если волос имеет жизнеспособную луковицу и обрывки влагалищных оболочек, то определяют его половую принадлежность по половому хроматину ядер клеток. Препарат для исследования готовят путем мацерации луковицы и корневой части волоса в 15—20% уксусной кислоте в течение получаса и более. Мацерированный волос переносят на предметное стекло, смазанное белком, под контролем стереомикроскопа распиливают тонкими препаровальными иглами, обрывки оболочек прижимают к белковой пленке, слегка фиксируют над пламенем, затем метиловым спиртом, подвергают гидролизу в 5 н. соляной кислоте не менее 20—30 минут, споласкивают водой (осторожно), красят 1% раствором толудинового голубого или крезилвиолета в течение 1—2 минут, споласкивают водой, высушивают и заключают в полистирол. Микроскопию проводят сначала с поисковым объективом, а затем иммерсионным.

Для обнаружения на стержне волоса гликогенсодержащих вагинальных клеток его окуривают парами йода, заключают в полистирол и микроскопируют.

При необходимости волос может быть подвергнут микроспектральному исследованию на кровь.

Экспертная оценка результатов лабораторных исследований

1. Экспертная оценка результатов лабораторных исследований должна быть комплексной, объективной, осторожной, научно обоснованной, проводиться с учетом данных освидетельствования подозреваемого, потерпевшей и результатов цитологического исследования уретральных мазков подозреваемого и вагинальных мазков потерпевшей.

2. По половому хроматину ядер клеток определяется цитологический пол организма, который не всегда соответствует соматическому. При некоторых хромосомных аномалиях (XXV-синдром Клейнфельтера, XO-синдром Тернера) ядерный пол не соответствует соматическому. Хотя эти хромосомные аномалии встречаются редко, их надо иметь в виду.

3. У детей и старых женщин ввиду глубокой эстрогенной недостаточности вагинальные клетки гликогена практически не содержат. Поэтому у них может быть определена лишь половая принадлежность клеток.

4. Под влиянием внешних факторов гликоген и половой хроматин со временем разрушаются. Поэтому отсутствие полового хроматина и гликогена в измененных клетках еще не исключает их вагинального происхождения.

5. У половозрелых мужчин клетки слизистой уретры могут иногда содержать значительное количество гликогена. Поэтому при неясных результатах исследования гликогенсодержащих клеток на половой хроматин с целью исключения возможности происхождения их из уретры самого подозреваемого необходимо исследовать у него мазки со слизистой ладьевидной ямки на гликоген, отдельные клетки которой могут попадать на головку полового члена и в пятна спермы или мочи на одежде.

6. Клетки слизистой влагалища претерпевают закономерные изменения на протяжении каждого менструального цикла (фолликулиновый, лютеиновый или менструальный тип мазка). Поэтому по особенностям вагинальных клеток, обнаруженных на половых органах и в пятнах на одежде подозреваемого, можно определить фазу цикла менструальной функции, от которой они произошли, исключить или подтвердить, в частности, менструальный характер крови в пятнах.

7. Вагинальные клетки под крайней плотью подвергаются лизису в течение 2—3 суток. На теле полового члена они сохраняют свои цитохимические особенности до 5 дней, а в пятнах на текстильных тканях — более года.

Эти данные необходимо учитывать при оценке результатов исследования по диагностике полового сношения и определения его давности.

Приведенные
подозреваемого
пользованы в су
должно быть по
и подробное обс
Исследования

та насильственные
вещественные до
меты одежды оче
тах одежды, доказа
жидкости, доказа
иногда имеют ре
рода загрязнения
которых отношении
Вещественные

В одном случае
заднего сиденья
случае следы сем
происходило изн
половое сношени
заявила следова
тирал свой поло
затем следовате
тозоиды. Это сл
действительно им

Нередко поте
ту предметы свое
мент изнасилова
должен сам при
рию. Рекомендую
потерпевшую с у
ветствии с устан
их изъятие у по
экспертизы для
Перед судебно-м
для разрешения
судебно-медицин
исследование, н
как такое изъят
Законом поряд

Примеры. 1. 3
шествия. К. 3
в комнате моей по
певать в клуб, на
мой, но Г. сказал
делу. Так как М.
долг. Когда я вош
был сбит, по-види
бовой они все ме
сделать.

Специальный
небольшие, без б
жизнь началась 4
не было.

Объективные
подмышечных впа
гие, несколько ст
и околососковые

21 м. и. Авдеев

Приведенные рекомендации детального лабораторного обследования подозреваемого в половом преступлении должны быть обязательно использованы в судебно-медицинской практике. Из изложенного выше должно быть понятно, какое важное значение имеет своевременное и подробное обследование подозреваемого.

Исследование вещественных доказательств. При расследовании факта насильственного полового сношения большое значение могут иметь вещественные доказательства. Последними чаще всего являются предметы одежды потерпевшей, подозреваемого (обвиняемого). На предметах одежды очень часто обнаруживаются следы крови и семенной жидкости, доказательства которых и обнаружение их групповых свойств иногда имеют решающее значение. Могут обнаруживаться и различного рода загрязнения (почвой и др.), посторонние частички, исследование которых относится к ведению криминалистической экспертизы.

Вещественными доказательствами могут быть и другие предметы. В одном случае следы семенной жидкости были обнаружены на обивке заднего сиденья автомашины, где произошло изнасилование. В другом случае следы семенной жидкости были найдены на полу в комнате, где происходило изнасилование. Имеется сообщение, что насильственное половое сношение было совершено в комнате учреждения. Потерпевшая заявила следователю, что субъект, совершивший с ней половой акт, вытирал свой половой член о находившуюся на столе скатерть. На изъятой затем следователем скатерти действительно были обнаружены сперматозоиды. Это служило единственным и бесспорным доказательством действительно имевшего место полового сношения.

Нередко потерпевшая сама приносит судебно-медицинскому эксперту предметы своей одежды с указанием, что эти вещи были на ней в момент изнасилования. Судебно-медицинский эксперт ни в коем случае не должен сам принимать такие предметы или направлять их в лабораторию. Рекомендуются сообщить об этом следователю или направить потерпевшую с упомянутыми вещами к следователю. Последний в соответствии с установленным Законом (УПК) порядком за протоколирует их изъятие у потерпевшей и направит с постановлением о назначении экспертизы для исследования в судебно-медицинскую лабораторию. Перед судебно-медицинским экспертом будут поставлены необходимые для разрешения вопросы. Нужно знать, что предметы, изъятые самим судебно-медицинским экспертом и направленные им непосредственно на исследование, не будут являться вещественными доказательствами, так как такое изъятие является нарушением существующего установленного Законом порядка.

Примеры. 1. 3/1 1966 г. была осмотрена К., 22 лет. Обстоятельства происшествия. К. заявила следователю следующее: 1 января 1966 г. меня подпоили в комнате моей подруги Р., откуда я ушла несколько опьяневшей. Потом я пошла танцевать в клуб, находящийся рядом, в соседнем помещении. Оттуда я хотела идти домой, но Г. сказал мне, что меня ожидает М., который хочет со мной поговорить по делу. Так как М. мне был должен, то я подумала, что он ожидает меня, чтобы отдать долг. Когда я вошла во двор, то Г. затащил меня в кубовую, замок на которой был сбит, по-видимому, заранее. К Г. присоединились еще несколько человек и в кубовой они все меня изнасиловали. Я кричала и отбивалась, но ничего не могла сделать.

Специальный анамнез: менструации с 19 лет, приходили через месяц, 1—2 дня, небольшие, без болей; последний раз — в начале декабря прошлого года. Половая жизнь началась 4 месяца назад. Половые сношения не были частыми, беременностей не было.

Объективные данные: вторичные половые признаки — оволосение на лобке и в подмышечных впадинах обильное, густое; молочные железы развиты, довольно упругие, несколько отвисшие, соски нормальные, из них ничего не выдавливается. Соски и околососковые кружки розового цвета.

Повреждения. Над левой бровью буроватый поверхностный струп овальной формы размером $1 \times 0,5$ см. Каких-либо других повреждений на теле вообще и в частности на животе, в окружности половых органов, на внутренней поверхности бедер не обнаружено. Наружные половые органы развиты нормально. Слизистая входа во влагалище бледно-розового цвета, без повреждений. Выделений из влагалища нет. Девственная плева циркулярной формы с высоким входом, гладкими свободными краями и небольшой естественной выемкой соответственно 2 часам циферблата. По средней линии плевы, в заднем ее отделе, соответственно цифре 6, имеется старый разрыв с белесоватыми рубцовыми краями, продолжающийся в ладьевидную ямку. Отверстие девственной плевы легко пропускает указательный палец. Кольцо сокращения отсутствует. Внутренние половые органы: матка нормальной величины, в антефлексии, подвижна и чувствительна. Шейка с щелевидным отверстием; трубы, яичники и своды нормальные. Из сводов влагалища были взяты мазки, сперматозонды обнаружены не были.

Заключение. Целость девственной плевы гр-ки К. нарушена давно, и срок нарушения ее в настоящее время установить не представляется возможным. Обнаруженное повреждение над бровью получено 2—3 дня назад от удара каким-либо тупым предметом; относится к разряду легких, не причинивших расстройства здоровья.

2. Д., 25 лет, в нетрезвом состоянии ворвался в квартиру гр-ки П.; последняя в это время отсутствовала. Д. увидел на постели дочь П., девочку 1 года 8 месяцев, и пытался ввести ей во влагалище половой член. Д. был задержан вошедшей в квартиру П., которая закричала, позвала соседей, и Д. был отправлен в милицию. П. обнаружила ребенка на постели, запачканной кровью. У ребенка было повреждение в области половых органов. Девочку доставили в больницу, где на повреждения наложены швы; ребенок был оставлен на стационарном лечении.

Объективные данные: слизистая входа во влагалище покрыта фибринозно-гнойными наложениями. Девственная плева почти полностью разрушена, за исключением небольшого участка в области переднего края влагалища. От свободного края этого участка девственной плевы, соответственно 12 часам циферблата, имеется разрыв слизистой длиной 0,4 см, с рваными краями. На задней стенке влагалища определяется разрыв длиной 1,2 см и шириной 0,5 см линейной формы, с рваными отечными краями, покрытый фибринозно-гнойными наложениями. Кожа и мышцы промежности от задней стенки влагалища до передней стенки сфинктера прямой кишки имеют разрыв длиной 5,5 см. Края разрыва неровные, отечные, покрыты фибринозно-гнойными наложениями. Целость заднепроходного отверстия нарушена, имеется разрыв передней стенки сфинктера и слизистой прямой кишки размером $1,5 \times 0,3$ см, с неровными, отечными краями, покрытыми фибринозно-гнойными наложениями; при натуживании каловые массы не удерживаются и свободно выделяются через разрыв промежности и частично через влагалище. Область наружного отверстия мочеиспускательного канала не нарушена.

Заключение. У ребенка П., 1 года 8 месяцев, имеется разрыв промежности III степени с нарушением девственной плевы и задней стенки влагалища, с разрывом кожи и мягких тканей промежности, разрывом передней стенки сфинктера и слизистой прямой кишки. Эти повреждения опасны для жизни как повреждение внутреннего органа и по этому признаку относятся к разряду тяжких. Они могли быть причинены при попытке введения в половые органы ребенка полового члена взрослого мужчины.

3. 18/1 была осмотрена гр-ка Р., 64 лет. Обстоятельства происшествия. 16/1 между 8 и 9 часами вечера Р. вышла за хлебом в булочную. На улице ее встретил мужчина лет 25, который затащил ее во двор и там на земле, где-то в углу, где находились дворничьи инструменты, куча песка, изнасиловал, угрожая задобрить. При этом он хватал Р. за горло. Домой Р. пришла с сильным кровотечением из половых органов. Кровотечение сегодня с утра прекратилось.

Жалобы: слабость, боли в спине и боли при мочеиспускании.

Специальный анамнез: менструации прекратились 18 лет назад. Муж умер 11 лет назад. Замуж вышла 21 года, беременностей 5, из них 4 срочных родов и 1 самопроизвольный аборт 3 месяцев. Женскими болезнями не болела; выделений из половых органов — белей, крови не замечала.

Данные объективного исследования: потерпевшая правильного телосложения, питание пониженное, видимые слизистые бледные. Вторичные половые признаки: оволожение подмышечных впадин и на лобке в виде отдельных групп волос. Молочные железы атрофированы, отвисшие, соски нормальные. На груди, на шее, на животе, в поясничной области, на бедрах повреждений не обнаружено. На коже живота слабые следы полосок беременностей. Наружные половые органы развиты нормально. Вход во влагалище без следов повреждения; из влагалища большое количество серогрязных выделений.

Девственная плева рожавшей женщины. В ладьевидной ямке имеется вертикально идущая ссадина неправильных очертаний, с незначительными перерывами на всем

протяжении, покры
нием по периферии
метна в складках
ного канала не обн
матозонды не обн
Заключен
ники от действия
женным половым
указываемому

Ст. 121 УК. П
лишением свобод
Мужеложств
ношении несовер
певшего, наказыв

Уголов
сягает на по
половых отно
шении полово
ского пола, к
шеннолетним

ние может б
зованием ви
случаях к от
лие или испо

ление считае
имело место
другого муж
нов различн
для квалифи
ны по отно
за возвраще

Противо
лизм — вст
преследован

мужеложств
При рас
атрическая
жет быть

субъекта.
ность обу
альными
является

воление о
Лица,
нормальн
Суд
Исследов
ложства

протяжении, покрытая серо-зеленоватыми налетами, кровоточащая, с резким покраснением по периферии. Вторая ссадина, более поверхностная, но тоже кровоточащая, заметна в складках перед клитором, у входа во влагалище. Отверстие мочеиспускательного канала нормальное, из него ничего не выделяется. В мазках из влагалища сперматозоиды не обнаружены.

Заключение. Описанные повреждения в области входа во влагалище возникли от действия тупого предмета и могли быть вызваны как пальцами, так и напряженным половым членом. По своей давности эти повреждения соответствуют времени, указываемому свидетельствующей.

Глава XXIII

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ДЕЛ О МУЖЕЛОЖСТВЕ

Ст. 121 УК. Половое сношение мужчины с мужчиной (мужеложство) наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

Мужеложство, совершенное с применением физического насилия, угроз, либо в отношении несовершеннолетнего, либо с использованием зависимого положения потерпевшего, наказывается лишением свободы на срок до 8 лет.

Уголовно-правовые положения. Это преступление посягает на половую нравственность и на нормальный уклад в области половых отношений. Преступление заключается в добровольном совершении полового сношения в извращенной форме между лицами мужского пола, как достигшими совершеннолетия (18 лет), так и несовершеннолетними. Ответственности подлежат оба субъекта. Это преступление может быть совершено с применением насилия, а также с использованием виновным зависимого положения потерпевшего. В таких случаях к ответственности привлекается только лицо, применившее насилие или использовавшее зависимое положение другого лица. Преступление считается законченным и совершившимся в том случае, если имело место введение полового члена в естественное отверстие тела другого мужчины. Другие действия в виде раздражения половых органов различными способами, объятий, и т. п. не являются основанием для квалификации этих действий как мужеложства. Если они совершены по отношению к малолетним, то виновные могут быть привлечены за развращение малолетних или несовершеннолетних.

Противоестественное влечение к лицам своего пола — гомосексуализм — встречается как у мужчин, так и у женщин. Однако уголовному преследованию по советскому Закону подлежат лица, занимающиеся мужеложством.

При расследовании дел о мужеложстве может потребоваться психиатрическая экспертиза, так как в некоторых случаях мужеложство может быть проявлением психопатологических особенностей данного субъекта. Однако в большинстве случаев такая ненормальная склонность обусловлена преимущественно условиями воспитания и сексуальными извращениями. В капиталистических странах гомосексуализм является весьма распространенным явлением, обусловившим и существование особой профессиональной гомосексуальной проституции.

Лица, занимающиеся мужеложством, одновременно могут вести нормальную полсовую жизнь, быть женатыми, иметь семью, детей.

Судебно-медицинская экспертиза мужеложства. Исследованию подлежат оба участника. Чем ранее после акта мужеложства произведены такие исследования, тем более существенные

данные могут быть получены при осмотре обоих субъектов. Субъект, выполняющий роль мужчины, называется активным педерастом, а выполняющий пассивную роль — пассивным педерастом. В большинстве случаев один и тот же субъект выполняет роль то активного, то пассивного педераста. Поэтому каждый из участников должен подвергаться подробному исследованию.

Исследованию подлежат наружные половые органы, окружность заднепроходного отверстия и прямая кишка. Обязательно должны быть подробно зафиксированы повреждения, обнаруживаемые на теле свидетелствуемого. Для этой цели необходимо обязательно производить осмотр всей поверхности тела, предложив свидетелствуемому снять всю одежду, и в таком виде производить его осмотр. Это необходимо делать потому, что подобные лица иногда пытаются скрыть имеющиеся на теле повреждения и другие следы. Вещественные доказательства нужно направлять для экспертизы следователем в установленном порядке.

Обстоятельства происшествия могут быть различными. С совершеннолетними субъектами половые сношения могут совершаться по добровольному согласию однократно или в течение продолжительного времени. Иногда преступник спавивает приглашенного им к себе другого субъекта и, когда тот находится в состоянии сильного опьянения, совершает с ним половой акт. В таких случаях потерпевший может и не подозревать о совершении с ним полового акта и только заподозрить происшествие по другим обстоятельствам, например по тому, что с него была снята одежда, по ощущению боли в области заднепроходного отверстия или крови на белье при дефекации, если имелось повреждение в области прямой кишки. Он может найти следы семенной жидкости на одежде. Преступник способен воспользоваться также сном жертвы, потерпевший просыпается от необычных ощущений и обнаруживает, что с ним совершается половое сношение.

Потерпевший может подвергнуться значительному насилию с причинением обширных повреждений. Насилие может применяться по отношению к малолетним. Возникающие в этих случаях повреждения в области заднепроходного отверстия могут быть весьма обширными, грубыми. Мужеложство может совершаться группой лиц по взаимной договоренности и обнаруживаться по случайным обстоятельствам. У субъектов, занимающихся мужеложством, иногда находят специальную литературу, переписку, фотографии. Эти вещественные доказательства могут подтверждать факт мужеложства и фигурировать в судебном процессе.

Методика освидетельствования. При осмотре наружных половых органов никаких специфических изменений не обнаруживают даже у субъектов, занимавшихся систематически мужеложством. Поэтому по форме полового члена, как на это указывалось в прежних руководствах, нельзя установить, занимался ли данный субъект мужеложством вообще и систематически в частности или нет. Имеет значение другое.

При осмотре вскоре после совершения мужеложства в складках крайней плоти, на половом члене, в препуциальном мешке могут быть найдены частички каловых масс (это подтверждается лабораторным исследованием), что в таких случаях является доказательством введения полового члена в прямую кишку. Для бактериологического исследования можно использовать содержимое препуциального мешка. В последнем может быть определено наличие кишечной палочки, кишечной флоры вообще. Само по себе обнаружение кишечной палочки, особенно у лиц нечистоплотных, еще не доказывает мужеложства. Оно может лишь косвенно указывать на введение полового члена в прямую кишку.

Наличие в препуциальном мешке смегмы говорит о том, что полового сношения в предшествующие осмотру несколько дней не было. В складках крайней плоти и препуциальном мешке могут быть обнаружены волосы, которые могут оказаться волосами соучастника или потерпевшего. Волосы должны быть изъяты и переданы следователю. Об этом в заключении эксперта делается запись.

Если имело место насилие и сопротивление потерпевшего, то в области половых органов, на половом члене определяются повреждения в виде ссадин, царапин, кровоподтеков. Если у потерпевшего были повреждения и кровотечение, то на половых органах подозреваемого могут быть обнаружены следы крови. Определение группы крови в некоторых случаях также может быть косвенным указанием на имевшее место насилие, если обнаруживается группа крови, одинаковая с группой крови пострадавшего. Следует обратить особое внимание также на наличие венерического заболевания (твердого шанкра, гонореи), учитывая возможность заражения потерпевшего. Специальное исследование при подозрении на заражение венерическим заболеванием нужно произвести в венерологическом диспансере.

При осмотре окружности заднепроходного отверстия свидетельствуемый принимает коленно-локтевое положение, ягодичную складку раздвигают и детально осматривают ткани в окружности заднепроходного отверстия. Отмечают состояние кожных покровов, оволосение, состояние кожи промежности, ягодичной складки и окружности заднепроходного отверстия: радиальность или отсутствие складок, наличие или отсутствие геморроидальных узлов, наличие или отсутствие повреждений.

Повреждения описывают подробно: их характер, месторасположение; расположение их можно отмечать соответственно цифрам циферблата часов (так, как это делается при повреждении девственной плевы) при коленно-локтевом положении свидетельствуемого. Затем осторожно раздвигают ягодичы, растягивают заднепроходное отверстие и осматривают более глубокие отделы. Производят исследование ректальным зеркалом слизистой прямой кишки — определяют имеющиеся особенности и повреждения. Производят также пальцевое исследование, отмечая состояние жома и его сокращение. Обращают внимание на выделения, если они имеются. Производят забор материала для микроскопического исследования с целью возможного обнаружения семенной жидкости и для серологического и бактериоскопического исследования (учитывая возможность заражения венерическим заболеванием). Обращают внимание на возможные проявления венерического заболевания: наличие твердого шанкра, гнойных выделений при гонорее.

Опыт показывает, что у лиц, занимавшихся систематически мужеложством, не обнаруживается каких-либо специфических изменений, если эти действия и совершались в течение очень длительного времени.

При исследовании нужно учитывать возможность ошибочного принятия за следы систематического мужеложства изменений тканей атрофического характера, особенно у лиц пожилого возраста или у субъектов с пониженным питанием, кахектичных. У таких лиц может быть и зияние заднепроходного отверстия, и отсутствие выраженной складчатости, и атрофия кожи у заднепроходного отверстия.

Повреждения в области заднепроходного отверстия могут иметь различный характер и степень выраженности, в зависимости от обстоятельств конкретного происшествия. Прежде всего нужно иметь в виду, что при однократных и даже при неоднократных половых сношениях никаких повреждений в области заднепроходного отверстия может и не

быть. Растяжимость заднепроходного отверстия очень велика. В хирургической и акушерской практике приходится иногда через заднепроходное отверстие вводить руку. Большой растяжимостью объясняется и отсутствие каких-либо повреждений при введении в прямую кишку полового члена.

Повреждения могут быть в виде осаднений кожи и слизистой, мелких кровоизлияний на слизистой, трещин и разрывов различной глубины. Эти повреждения могут служить лишь косвенным указанием на имевшее место мужеложство. Повреждения, указывающие на применения насилия, могут обнаруживаться у потерпевшего и обвиняемого. У потерпевшего повреждения локализируются в окружности заднепроходного отверстия на ягодицах, на передней стенке живота, носят различный характер. Встречаются повреждения в виде кровоподтеков, ссадин и царапин, ушибленных ран, следов от укусов зубами. Локализация повреждений и их характер в каждом конкретном случае объясняются их происхождением.

Повреждения у обвиняемого возникают при сопротивлении жертвы и в зависимости от этого носят разный характер и имеют различную локализацию. В каждом конкретном случае происхождение этих повреждений у обвиняемого устанавливается исходя из их характера и локализации. Нужно обращать всегда внимание на давность повреждений.

Дополнительные исследования заключаются в исследовании мазков из заднепроходного отверстия и прямой кишки с целью обнаружения спермы. При освидетельствовании тут же после совершения преступления сперма может обнаруживаться в мочеиспускательном канале активного субъекта. У него же, как указано было выше, производится исследование и на наличие клеток кала, слизистой прямой кишки, инфузорий, микрофлоры, яиц глистов и препуциального мешке. На одежде потерпевшего можно находить следы семенной жидкости, также и на белье. Определение группы спермы может исключить происхождение спермы от самого потерпевшего.

Большое доказательное значение имеет присутствие спермы на одежде у малолетних и несовершеннолетних.

Исследуют следы крови на одежде и на теле потерпевшего и обвиняемого. Дополнительные исследования могут касаться и других объектов. В некоторых случаях имеет значение осмотр места происшествия следователем совместно с судебно-медицинским экспертом.

Пример. Д., проживая в одной комнате с К., совершил с К. акт мужеложства. После того Д. увидел кровь на половом члене и обратился к врачу, рассказав, что якобы повредил половой член во время полового акта с какой-то женщиной. К. на следующий день сообщил о случившемся в милицию.

При осмотре К. предъявил жалобы на боли и кровотечение из заднепроходного отверстия.

Объективные данные: на слизистой заднепроходного отверстия имеется поверхностная, продольно расположенная, зияющая ранка размером $1 \times 0,3$ см, кровоточащая; других изменений не обнаружено.

Поверхностная ранка слизистой заднепроходного отверстия могла быть получена от действия тупого твердого предмета при введении в задний проход. Давность повреждения соответствует времени, указываемому свидетельствуемыми.

Судебно-м.
возникает
и граждан
нов рассле

Отделы
установлен
медицинск
который пр

Лица,
ляются от
двух случа

териалах,
возрасте л
б) если пр

расте или
зультате пр

Наприм
вой (посел
указанном

паспорте, п
(поселково

Необхо
детельству
занных с Р

не имеют
этому вра
расте. Осо

ных заклю
определен
После
возраст л
нин, окон

В угол
экспертиза. С
возраста об
значение для

Часть 5.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ВОЗРАСТА И АЛКО- ГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Глава XXIV

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ ВОЗРАСТА

Судебно-медицинская экспертиза по поводу установления возраста возникает по многочисленным и разнообразным поводам ■ уголовных¹ и гражданских делах. Она проводится только по постановлению органов расследования или по определению суда.

Отделы записей актов гражданского состояния (загс) проводят установление возраста в необходимых случаях сами, не через судебно-медицинского эксперта, ■ установленном для этих отделов порядке, который приводится ниже.

Лица, на которых восстанавливается запись о рождении, направляются отделом или бюро загса на медицинское освидетельствование в двух случаях: а) если в документах, представленных заявителем, и материалах, полученных в результате проверки, отсутствуют сведения о возрасте лица, на которого восстанавливается запись о рождении; б) если представлены документы с противоречивыми данными о возрасте или же противоречивые сведения о возрасте были получены в результате проверки.

Например, возраст, записанный ■ паспорте или ■ выписке из домовой (поселковой) или похозяйственной книги, не соответствует возрасту, указанному ■ свидетельстве о браке; возраст заявителя, записанный в паспорте, не соответствует возрасту, указанному в выписке из домовой (поселковой) или похозяйственной книги.

Необходимо иметь в виду, что врач при определении возраста освидетельствуемых лиц руководствуется рядом возрастных признаков, связанных с развитием и особенностями организма. Однако эти признаки не имеют четкого разграничения между отдельными возрастами, ■ поэтому врач может давать заключения только о приблизительном возрасте. Особенно это относится к более пожилому возрасту. Во врачебных заключениях должно быть указано, на основании каких признаков определен возраст заявителя.

После окончания проверки и медицинского освидетельствования возраст лиц, на которых восстанавливается актовая запись о рождении, окончательно устанавливается комиссиями по определению воз-

¹ В уголовных делах для определения возраста обязательна судебно-медицинская экспертиза. Ст. 79 УПК: «Проведение экспертизы обязательно ...4. для установления возраста обвиняемого, подозреваемого или потерпевшего ■ случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют».

раста. Такие комиссии создаются при районных и городских отделах (бюро) загса. В их состав обычно входят секретарь районного или городского исполнительного комитета Совета депутатов трудящихся, заведующий отделом (бюро) загса и врач.

Возраст лиц определяется комиссией с учетом всех материалов, имеющихся в деле по восстановлению актовой записи о рождении: документов, представленных заявителями, и документов, полученных в результате проверки, заключения о медицинском освидетельствовании, заявлений граждан и др. Если по представленным документам и материалам, полученным в результате проверки, день и месяц рождения установить не представляется возможным, датой рождения следует считать 1 июля установленного года. При отсутствии сведений только о дне рождения днем рождения считается 15-е число соответствующего месяца. Решение комиссии оформляется протоколом. В протоколе, подписанном всеми членами комиссии, указывается, на основании каких документов определен возраст заявителя. Таков порядок определения возраста для загса.

В правовом отношении под возрастом понимается установленное Законом число лет жизни физического лица, определяющее его права, обязанности и ответственность. В возрастном отношении различают совершеннолетних и несовершеннолетних. Среди несовершеннолетних лиц особо выделяются малолетние.

Совершеннолетие. В СССР совершеннолетие наступает по достижении 18-летнего возраста. С достижением 18-летнего возраста наступает полная дееспособность, т. е. способность лица приобретать своими действиями права и создавать для себя обязанности. С достижением 18 лет возникают также и политические права и обязанности. Совершеннолетние получают право избирать во все Советы и быть избранными в депутаты местных Советов депутатов трудящихся. Лица в возрасте 18 лет, окончившие среднюю школу, подлежат призыву в армию; для остальных призывной возраст установлен 19 лет.

Брачный возраст. Условием вступления в брак является достижение определенного возраста, который в РСФСР и некоторых других союзных республиках совпадает с достижением совершеннолетия, т. е. 18 лет. В Украинской, Армянской, Азербайджанской, Грузинской, Молдавской ССР брачное совершеннолетие для женщин наступает в 16 лет. В РСФСР местные Советы могут понижать брачный возраст на 1 год, в БССР — на 2 года.

Несовершеннолетние. Лица, не достигшие 18 лет, считаются несовершеннолетними. Несовершеннолетние, не достигшие 14 лет, являются малолетними. Ограниченная дееспособность наступает ранее достижения совершеннолетия. При достижении 16 лет наступают трудовое совершеннолетие и трудовая дееспособность.

Основным доказательством возраста до 16 лет является свидетельство о рождении. В 16 лет обязательно получение паспорта.

С 16 лет приобретается право поступления в школы фабрично-заводского обучения. В 14 лет приобретается право совершать сделки с согласия родителей, усыновителей, попечителей; самостоятельного распоряжения заработной платой и внесенными на свое имя вкладами в сберкассах; правом поступления в ремесленные и железнодорожные училища. В исключительных случаях, с разрешения органов охраны труда, достигшие 14 лет могут быть приняты на работу.

Достигшие 14-летнего возраста подлежат уголовной ответственности по всем видам преступлений, кроме предусмотренных Законом специальных ограничений.

«Ст. 10 УК РСФСР. Ответственность несовершеннолетних. Уголовной ответственности подлежат лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет.

Лица, совершившие преступления в возрасте от 14 до 16 лет, подлежат уголовной ответственности лишь за убийство (ст. ст. 102—106), умышленное нанесение телесных повреждений, причинивших расстройство здоровья (ст. ст. 108—111, 112, ч. 1), изнасилование (ст. 117), разбой (ст. ст. 91 и 146), кражу (ст. ст. 89 и 144), грабеж (ст. ст. 90 и 145), злостное хулиганство (ст. 206, ч. 2), умышленное уничтожение или повреждение государственного, общественного имущества или личного имущества граждан, повлекшее тяжкие последствия (ст. 98, ч. 2 и ст. 149, ч. 2), а также за умышленное совершение действий, могущих вызвать крушение поезда (ст. 86).

Если суд найдет, что исправление лица, совершившего в возрасте до 18 лет преступление, не представляющее большой общественной опасности, возможно без применения уголовного наказания, он может применить к такому лицу принудительные меры воспитательного характера, не являющиеся уголовным наказанием (ст. 63). При наличии условий, указанных в ч. 3 настоящей статьи, несовершеннолетний может быть освобожден от уголовной ответственности и наказания с направлением его в комиссию по делам несовершеннолетних для рассмотрения вопроса о применении к нему принудительных мер воспитательного характера».

В случае освобождения несовершеннолетнего от уголовной ответственности на основании ч. 3 или 4 ст. 10 УК лицо считается несудимым. Назначая несовершеннолетнему наказание, суд должен иметь в виду ряд специальных статей Уголовного кодекса. Таковы положения о неприменении к лицам, не достигшим в момент совершения преступления 18 лет, смертной казни (ст. 23), лишения свободы на срок свыше 10 лет (ст. 24), ссылки (ст. 25) и высылки (ст. 26); об отбывании несовершеннолетними лишения свободы в специальных трудовых колониях для несовершеннолетних (ст. 24) и др.

Совершение преступления несовершеннолетним рассматривается законом как смягчающее ответственность обстоятельство (п. 7 ст. 38).

М а л о л е т н и е до 14 лет не могут быть субъектами преступлений. Достигшие 10-летнего возраста не могут быть усыновлены без их согласия. Возраст 7—8 лет определен для начала обязательного обучения.

После достижения совершеннолетия с определенным возрастом также связаны определенные права и обязанности. Достижение 19-летнего возраста для мужчин связано с всеобщей воинской обязанностью.

Право поступления в высшие учебные заведения предоставляется от 17 до 35 лет. Предельный возраст для поступления в аспирантуру определен в 40 лет.

Право на получение пенсии возникает для женщин при достижении 55 лет, для мужчин — при достижении 60 лет.

Медицинская классификация возраста. С медико-биологической точки зрения у человека различают следующие возрастные периоды: период детства — от внутриутробного развития до периода достижения половой зрелости — 18—20 лет. Этот период включает и юношество (18—20 лет); период молодого возраста — 20—25 лет; период зрелого возраста — 25—50 лет; период пожилого возраста — 50—60 лет и период старческого возраста — после 60 лет.

Эти возрастные периоды, переходящие без резкой грани один в другой, характеризуются некоторыми особенностями, позволяющими сравнительно легко устанавливать возрастной период. Эти же особенности позволяют и руководствоваться ими при экспертизе установления возраста.

Периоды детства. В детстве различают следующие периоды (по А. Ф. Туру):

- I — период внутриутробного развития («утробное детство»):
 - 1) фаза эмбрионального развития (эмбрион);
 - 2) фаза плацентарного развития (плод).

II — период новорожденности.

III — период грудного возраста (младший ясельный возраст).

IV — период молочных зубов:

1) преддошкольный возраст (старший ясельный возраст).

2) дошкольный возраст

V — период отрочества (младший школьный возраст).

VI — период полового созревания (старший школьный возраст).

Эти периоды детства характеризуются своими анатомо-физиологическими особенностями.

В детском возрасте возможно довольно точное установление возраста. В период новорожденности точность установления возраста может достигать дней и недель; в период грудного возраста и молочных зубов и старше — месяцев или лет.

Период внутриутробного развития в данном руководстве не имеет значения и поэтому не рассматривается.

Период новорожденности начинается с момента отделения плода от матери и продолжается в течение $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{3}$ недель, после чего наступает грудной период. Длительность *грудного периода* ограничивается сроками кормления ребенка грудным молоком, т. е. одним годом. *Период молочных зубов* продолжается от возраста 1 года до 6—7 лет. *Период отрочества* охватывает возраст от 7—8 до 15 лет. Это период отрочества или младшего школьного возраста.

Возраст от 11 до 15 лет является препубертатным, т. е. предшествующим периоду полового созревания. Возраст от 15 лет, а иногда и от 13 и до 18—20 лет — последний период детства; это период полового созревания (пубертатный период). К концу этого периода с достижением половой зрелости заканчиваются рост и формирование организма. Последние годы этого возраста и являются юношеским возрастом.

Поводы для установления возраста. Необходимость судебно-медицинской экспертизы установления возраста возникает в тех случаях, когда возраст неизвестен вследствие отсутствия документов, которые могут его подтвердить; когда имеется налицо умышленное сокрытие возраста; когда возникает сомнение в подлинности возраста, указываемого в представленных документах. В практике встречается необходимость установления возраста во все возрастные периоды — от периода новорожденности до глубокой старости. Наиболее же часто приходится устанавливать достижение возраста 14—16—18 лет в связи с возбуждением уголовных дел или у привлекаемых к уголовной ответственности, или у потерпевших. Установление возраста в средние возрастные периоды встречается значительно реже и еще реже — в пожилом и старческом возрастах.

Надобность установления возраста может возникать, например, в связи с возбуждением дела о подмене ребенка, в связи с установлением измененной фамилии ребенка и по другим поводам; после 18 и до 20—25-летнего возраста — в связи с призывом на действительную военную службу. Различные поводы к установлению возраста имеют место и в более поздние возрастные периоды.

Методика экспертизы по установлению возраста. Экспертиза по установлению возраста начинается с подробного ознакомления с документами (направлением органов дознания, постановлением следователя, определением суда и т. д.). Эксперт на основании ознакомления с документами устанавливает повод, по которому необходимо провести установление возраста. Ознакомление с документами и поводом необходимо эксперту для ориентировки и правильного подхода к свидетельствуемому.

После ознакомления с документами эксперт приступает к соби-
 ранию анамнеза — выясняет дату рождения, устанавливает, почему сви-
 детельствуемый не может указать точно времени своего рождения и
 возраст. Кроме того, как в уголовных, так и в гражданских делах при
 этой экспертизе судебно-медицинский эксперт должен иметь в виду
 возможность умышленного введения его в заблуждение, попытки обма-
 нуть эксперта по самым различным мотивам. Не исключена и возмож-
 ность подмены свидетельствуемого другим лицом. Поэтому необходимо



Рис. 79. Раннее старение (а, б). Внешний вид девушки 18 лет (наблюдение М. А. Кировой).

всегда удостовериться в подлинности личности свидетельствуемого. При
 малейшем сомнении эксперт не должен производить освидетельствова-
 ние, а обязан заявить представителям тех органов, которые направили
 свидетельствуемого на экспертизу, о необходимости установления его
 личности. Лишь после того, как эксперт удостоверится в личности сви-
 детельствуемого, он переходит к его осмотру.

Рекомендуется вначале произвести тщательный осмотр свидетел-
 ствуемого, для чего необходимо полностью раздеть его. Это является обя-
 зательным, особенно при установлении возраста у детей, подростков и в
 юношеском возрасте, у молодых субъектов. Далее производится тща-
 тельный подробный осмотр и описание всех обнаруженных изменений и
 признаков.

Осматриваются и описываются кожные покровы, вторичные половые
 признаки (их наличие или отсутствие), состояние половых органов, раз-
 витие волосяных покровов на верхней губе, подбородке, в подмышеч-
 ных впадинах, на лобке; наличие, характер и локализация морщин, со-
 стояние постоянных или молочных зубов, их число в каждой челюсти,
 степень стертости и другие особенности. У юношей отмечаются особен-
 ности голоса. Затем производятся точные антропометрические измере-
 ния. Особенно важно эти измерения производить у свидетельствуемых,
 не достигших половой зрелости. Из других измерений в детском воз-
 расте обязательно измерение окружности головы, груди, плеча, бедра,

роста стоя, сидя, веса. У лиц женского пола собирается специальный анамнез.

Необходимо обязательно производить рентгенографическое исследование, причем комплексное, отдельных частей скелета. Рентгенографические данные, помогающие выяснить особенности окостенения скелета, позволяют наиболее точно устанавливать определенные возрастные периоды. Суждение о возрасте по внешним признакам может быть грубо ошибочным (рис. 79—80).



Рис. 80. Внешний вид в различные возрасты.
а — женщина 59 лет; б — женщина 85 лет (наблюдение О. В. Нейдригайлова).

Значение отдельных признаков для установления возраста. Нужно иметь в виду, что точное установление возраста, а именно: даты, месяца, в большинстве же случаев и года рождения невозможно в силу значительных колебаний отдельных признаков в зависимости от пола, расовых особенностей, условий и образа жизни. Поэтому может быть лишь установление приблизительного возраста.

В отдельные возрастные периоды точность установления возраста неодинакова. В период новорожденности возраст может быть установлен в первые дни с точностью до одного дня, дальше — с колебаниями в несколько дней или недель. В грудном периоде возраст может быть установлен с точностью до месяца; в отроческом периоде — с точностью до 1 года; в юношеском и молодом периодах — с точностью до 2—3 лет; в зрелом и пожилом возрастах — с колебаниями в 5 лет и в старческом периоде — с колебаниями в 10 лет.

При установлении возраста используются различные возрастные признаки.

Рост (длина) тела. Этот признак имеет значение в сумме других до окончания периода полового созревания (после чего дальнейший рост тела в длину прекращается). Известно, что длина тела новорожденного в среднем равна 50 см, к 5 годам длина тела удваивается, а к 15 годам утраивается. Длина тела на первом году жизни и в возрасте от 1 года до 15 лет приведена в табл. 18, 19.

Таблица 18

Длина тела (рост) ребенка первого года жизни
(по А. Орлову)

Пол	Рост новорожденного в см	Рост в см к концу месяца										
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Мальчики	49—52	53,9	57,1	60,1	62,1	64,4	66,3	67,7	69,4	70,7	71,7	72,6
Девочки . . .	48—51	52,9	56,8	60,8	61,0	63,1	65,0	66,2	68,0	68,8	70,2	71,1

К концу года:

Мальчики—74,4; девочки — 72,8

Таблица 19

Средняя длина тела детей от 1 года до 15 лет
(по данным разных авторов)

Возраст	Длина тела в см	Возраст	Длина тела в см	Возраст	Длина тела в см
1 год	72,5	6 лет	109,0	11 лет	134,0
2 года	83,0	7 »	113,5	12 »	137,0
3 »	92,5	8 »	119,0	13 »	142,0
4 »	97,5	9 »	123,5	14 »	150,0
5 лет	102,0	10 »	126,5	15 »	152,5

Рост тела у девушек прекращается приблизительно с 18 лет, у мужчин — с 25 лет.

Кожа. В период полового созревания характер кожных покровов по существу значения не имеет. Изменения кожи, наступающие после завершения периода полового созревания, характеризуются появлением признаков постепенного увядания: кожных морщин, складок, сухости, незначительного ороговения, пигментации и атрофии, ■ связи с чем наступает уменьшение эластичности кожи.

Кожные морщины и складки появляются обычно начиная с 20 лет, причем при осмотре и оценке морщин нужно обращать внимание не только на их наличие, но и на степень выраженности и на глубину. С возрастом морщины становятся более глубокими и складчатость кожи более выраженной. Первичные морщины появляются около 20 лет на лбу в виде намечающихся углублений, к 30 годам они становятся более глубокими, а к 35 годам — резко выраженными. Около 25 лет появляются морщины на нижних веках или у углов глаз. В 35 лет они становятся заметными, а к 45 годам — резко выраженными. Носогубные складки начинают намечаться к 25 годам, заметными становятся около 35 лет и резко выраженными к 45 годам. К 40 годам появляются морщины на щеках, на шее, за ушами. К 40—45 годам возникают и становятся заметными морщины около козелка, предкозелковые морщины. К 50 годам эти морщины становятся более выраженными. В 55—60 лет появляются морщины на верхней губе, подбородке, ■ области переносицы, на передней поверхности шеи, на мочках ушей.

Цвет кожи с возрастом изменяется. К годам 30 кожа начинает приобретать слегка желтоватый оттенок, к 40—45 годам — желтовато-землистый и позднее приобретает землистый оттенок. После 40 лет по-

степенно уменьшается эластичность кожи. С 50 лет кожа становится более сухой, особенно на тыле кисти. С 50—55 лет устанавливаются пигментация кожи и ороговение эпидермиса. К 60 годам складка кожи на тыле кисти расправляется медленно, а к 65 годам — позднее складка кожи обычно сохраняется, а если и расправляется, то медленно.

Волосы имеют меньшее значение для определения возраста, чем другие признаки, так как поседение волос, которое начинается обычно на висках с 35—40 лет, подвержено значительным колебаниям. Иногда встречается значительное поседение в более раннем возрасте, иногда поседение отсутствует в пожилом возрасте и даже в старческом. То же самое относится и к полысению, что объясняется иногда сугубо индивидуальными особенностями субъекта. Поэтому состояние волосяного покрова головы при определении возраста имеет весьма относительное значение.

Появление волос на верхней губе и подбородке у юношей, а также в подмышечных впадинах и на лобке у лиц обоего пола связано с периодом полового созревания. Первые волосы на лобке появляются в 10—12 лет, в подмышечных впадинах — несколько позднее. Волосы на верхней губе и на подбородке в виде пушка начинают появляться у юношей в 15—16 лет и могут быть хорошо выраженными в 16—18 лет, но в известной мере это зависит от индивидуальных и других особенностей.

Зубы. Большое значение при определении возраста до окончания полового созревания имеют зубы. Несколько меньшее значение состояние зубов имеет в более поздние возрастные периоды, но оно также довольно постоянно. Первые зубы прорезаются в возрасте 6—8 месяцев. Первыми появляются нижние средние резцы, потом верхние средние и верхние боковые; к концу первого года появляются нижние боковые резцы. Таким образом, к началу 2-го года у ребенка имеется 8 зубов, к концу 2-го года появляются остальные 12 молочных зубов. Постоянные зубы также появляются в определенном порядке — к 5—7 годам появляются первые постоянные, большие коренные зубы (моляры); с 7—8 лет начинается замена молочных зубов постоянными. Порядок появления молочных и постоянных зубов и возрастные изменения приведены в табл. 20.

Последние третьи большие коренные зубы, так называемые зубы мудрости, появляются иногда в возрасте до 30 лет, в отдельных случаях их может и не быть. В дальнейшем происходят изменения зубов возрастного порядка, характеризующиеся стиранием зубов и появлением клиновидных дефектов в области шеек зубов. К 25 годам начинает стираться эмаль, преимущественно на жевательной поверхности резцов; к 30 годам появляется дентин на резцах и на коренных зубах стираются жевательные бугорки. К 35 годам дентин темнеет и более резко выраженной становится стертость жевательных бугорков; к 40 годам отмечаются выраженная стертость резцов, появление дентина на коренных зубах; к 50 годам — значительная стертость коренных зубов, поверхность их становится ровной; в дальнейшем появляются углубления на жевательных зубах. С 27—30 лет возникают клиновидные дефекты у шеек зубов.

Вторичные половые признаки. Развитие вторичных половых признаков связано с развитием половых желез. С наступлением периода полового созревания, обусловленного развитием гормональной функции половых желез и ее усилением, заканчивается появление вторичных половых признаков, по которым, собственно говоря, и устанавливается период полового созревания. У мальчиков в этом возрасте

Таблица 20

Особенности появления и изменений зубов в различные возрастные периоды

Возраст	Особенности изменения зубов
<i>Прорезывание молочных зубов (возможны некоторые отклонения ■ ту или иную сторону)</i>	
6—9 месяцев	Прорезываются центральные резцы
9—12 »	» боковые резцы
12—15 »	» первые коренные
17—20 »	» клыки
21—24 месяца	» вторые коренные
	20 зубов
<i>Постоянные зубы</i>	
5—8 лет	Прорезываются первые большие коренные
6—10 лет	Прорезываются средние резцы
8½—14 лет	» боковые резцы
9—15 лет	» клыки
9—14 »	» малые коренные
До 16 лет	Прорезались вторые коренные зубы
18 лет	Виден хотя бы один «зуб мудрости»
20 »	Появляется еле заметная стертость зубов
21 год	Появляется второй «зуб мудрости»
22 года	Как правило, полное развитие «зубов мудрости»
25 лет	«Зубы мудрости» всегда имеются на обеих челюстях, с обеих сторон
26 »	Стертость резцов до дентина и заметная стертость жевательной
27 »	Определилось клинообразное углубление шейки
30 »	На резцах различается светло-серая, желтеющая полоска дентина; косая линия стертости
С 30 до 40 лет	Атрофия пульпы
35 лет	Дентин приобрел желтый цвет (у курильщиков темнее)
40 »	Полное обнажение дентина на жевательных; дентин коричневого цвета
45 »	Жевательные сношены больше, чем резцы
55—60 лет	Дентин бурый; на зубах продольные полосы черного цвета; к 60 годам резцы стерты наполовину

отмечается иногда временное набухание грудных желез, усиливается рост гортани, голос становится более низким; кожа мошонки темнеет, пигментируется так же, как и кожа полового члена; размеры наружных половых органов увеличиваются; на лобке, верхней губе, подбородке, в подмышечных впадинах начинается рост волос. Появляется и спермогенетическая функция половых желез; с 15 лет начинается обычно выделение из половых желез сперматозоидов, появляются поллюции.

У девочек период полового созревания начинается ранее, чем у мальчиков, и заканчивается раньше. С 10—14 лет у девочек появляются менструации, начинается увеличение молочных желез и появление растительности на лобке и в подмышечных впадинах.

Вторичные половые признаки позволяют ориентироваться в определении возраста наряду с другими признаками.

Наибольшее значение при определении возраста в периоды до наступления половой зрелости (да и позднее) имеют изменения отдельных костей скелета — появление точек окостенения, синостозов, в отдельных костях и других изменений, связанных с определенным возрастным периодом. Это наиболее достоверные признаки, устанавливаемые рентгенографическим исследованием (Д. Р. Рохлин, В. Т. Кузнецов, С. А. Жданова и др.).

При определении возраста в период полового созревания обязательно следует иметь в виду возможность известных колебаний, зависящих от пола и расовых особенностей. Как уже было сказано, у мужчин созревание организма происходит на 1—1½—2 года позднее, чем у женщин. Следовательно, при определении возраста приходится учитывать: 1) признаки роста, формирования и созревания организма; 2) признаки увядания и старения организма. Поэтому судебно-медицинскому эксперту при экспертизе установления возраста необходимо как можно более подробно выявлять признаки созревания и признаки увядания.

Характеристика возрастных особенностей (в среднем возможны некоторые отклонения) **и отдельные возрастные периоды.**

13 лет. Начало окостенения плечевого отростка лопатки, сесамовидных костей I пястно-фалангового сустава; завершается окостенение верхненижней впадины наружного мыщелка плеча, бугристости V плюсневой кости; отсутствует окостенение эпифизов тела позвонков, концов отростков позвонков, добавочного ядра клювовидного отростка, гребня подвздошной кости. До 13 лет не наблюдается ни одного синостоза (сращения костей). Развивается сращение осново-затылочного шва.

14 лет. Закончилось окостенение наружного мыщелка плеча и бугристости V плюсневой кости; продолжают развиваться сесамовидные кости пястно-фалангового сустава; заканчивается окостенение плечевого отростка лопатки, передненижней ости подвздошной кости, гороховидной кости и сесамовидных костей стопы. Отсутствует окостенение седалищного бугра.

15 лет. Заканчивается окостенение плечевого отростка лопатки, переднезадней ости подвздошной кости, гороховидной и сесамовидных костей стопы. Возникают синостозы нижних отростков тела грудины, костей таза, локтевого отростка, пястной кости, бугристости V плюсневой кости и фаланг.

16 лет. Продолжается развитие волос на лобке, отмечается увеличение пигментации половых органов; возможно появление пушка на верхней губе и подбородке; околососковые кружки изменяют розовую окраску на коричневую; изменяется голос. Отсутствует стертость зубов. Продолжают развиваться сесамовидные кости I пястно-фалангового сустава. Появляется ядро нижнего угла лопатки и ее нижнего края, ядро эпифиза ребер. Продолжают соединяться кости таза и развиваться синостозы локтевого отростка, пястной, а также фаланговых костей стопы. Завершается синостозирование нижних отрезков грудины, вертлужной впадины и бугристости V плюсневой кости. Возникают синостозы конца клювовидного отростка, грудины, подвздошной кости, в ее передненижней ости, нижнего эпифиза плеча, вертелов бедра, пяточного бугра и головок плюсневой кости, синостозы плечевого отростка лопатки, грудинного конца ключиц, головок лучевой кости, головки бедра.

17 лет. Обычно наблюдается завершение полового созревания. Иногда отсутствуют волосы в подмышечных впадинах. Зубцы не стерты,

зубы мудрости отсутствуют. Продолжается окостенение нижнего угла и внутреннего угла лопатки. Заканчивается окостенение эпифизов ребер и сесамовидных костей I пястно-фалангового сустава. Появляется окостенение грудинного конца ключицы; продолжают развиваться синостозы нижнего эпифиза плеча, пястной, фаланговых костей, вертелов бедра, плюсны. Завершается соединение костей таза. Возникают синостозы плечевого отростка лопатки, головки лучевой кости, бугристости большеберцовой кости.

18 лет. Оволосение в подмышечных впадинах развитое; выраженный пушок на верхней губе и подбородке, появляется пушок на щеках. Полностью развита растительность на лобке, начинают прорезываться зубы мудрости или же намечается один зуб мудрости (просвечивает под десной). Зубы не стерты. Заканчивается окостенение нижнего угла лопатки и ее внутреннего края, эпифизов ребер и сесамовидных костей I пястно-фалангового сустава. Появляются ядра грудинного конца ключицы, ядра внутреннего угла лобковой кости. Отсутствуют ядра суставных эпифизов крестца. Продолжается синостозирование нижнего эпифиза плеча, эпифизов плюсневой кости и фаланг кисти, головки бедра и эпифизов плюсны. Завершается синостозирование концов отростков позвонков, плечевого отростка лопатки, гребня подвздошной кости и ее передненижней ости, головки лучевой кости, обоих вертелов бедра и бугристости большеберцовой кости. Появляются новые синостозы нижнего угла лопатки и внутреннего края эпифизов ребер, седалищной кости, седалищного бугра и нижнего эпифиза большеберцовой кости.

19 лет. Волосы в подмышечных впадинах продолжают развиваться, отсутствует стертость зубов; продолжается развитие внутреннего ядра внутреннего угла лобковой кости и начинают окостеневать суставные эпифизы крестца. Завершается синостозирование седалищного бугра, нижнего эпифиза плеча, обоих его мыщелков, эпифиза пястной и фаланговых костей, головки бедра и эпифизов плюсневых костей. Нижний эпифиз бедра, верхний большеберцовой кости и дистальный эпифиз малоберцовой кости еще не синостозируются.

20 лет. Волосы в подмышечных впадинах продолжают развиваться, но иногда могут только появляться там. В этом возрасте имеется хотя бы один зуб мудрости. Зубы не стерты. Слабо выражена лобная морщинистость. Продолжают развиваться синостозы дистального эпифиза лучевой кости и грудинного конца ключицы; возникают синостозы головки плеча, дистального эпифиза малоберцовой кости и еще не наступило синостозирование внутреннего угла лобковой кости, большой бугристости плеча, дистального эпифиза лучевой кости. Обычно окостеневают мечевидный отросток грудины. Наступило синостозирование седалищного бугра, нижнего эпифиза плеча и его мыщелков.

21 год. Дополнительным признаком является прорезывание второго зуба мудрости. Завершается синостозирование внутреннего угла лобковой кости; возникают синостозы большой бугристости плеча и дистальных эпифизов локтевой кости. Отсутствуют синостозы суставных эпифизов крестца и головки малоберцовой кости.

22 года. Как правило, налицо все зубы мудрости; прорезывание их иногда может задерживаться и до 28—30 лет. Намечаются незначительные стертости резцов. Завершается синостозирование внутреннего угла лобковой кости; синостозы головки плеча дистального эпифиза лучевой кости, верхнего эпифиза большеберцовой кости. Появляются синостозы суставных эпифизов крестца, головки малоберцовой кости. Отсутствуют синостозы верхней части тела грудины.

23—24 года. Завершается синостозирование большой бугристости плеча, появляются синостозы верхних отделов тела грудины.

25 лет. Имеются все зубы; незначительная стертость резцов; начинает обнаруживаться дентин на резцах нижней челюсти. Нередко резцы не стерты — обычно до 25 лет стирается только эмаль. Кожа лица начинает приобретать слегка желтоватый оттенок. Лобная морщинистость выражена; становится заметной носогубная складка. Иногда видна начальная морщинистость вокруг наружных углов глаз, а у отдельных лиц могут появляться морщины под глазами, ■ также возникать складки за ушами, на мочках. Намечается появление предкозелковой морщинистости. К 25 годам заканчивается синостозирование суставных эпифизов крестца, дистальных эпифизов локтевой кости. Срастаются верхние отростки тела грудины; появляется сращение крестцовых позвонков между собой (полностью они срастаются в 27 лет). В 25 лет отделены от грудины только рукоятка и мечевидный отросток.

26 лет. Появляется стертость резцов с едва видимым дентином; отмечается стертость бугров жевательных поверхностей коренных зубов. Продолжается окостенение дополнительного ядра ■ рукоятке грудины.

27—28 лет. Начинают появляться клиновидные углубления шейки зуба в десну; отмечаются большая стертость зубов, углубление морщин.

30 лет. Хорошо выраженная стертость резцов и коренных зубов. Дентин различается ■ виде полосы серого цвета с желтоватой окрашенностью. Появляется дентин и на верхних резцах; отмечаются клиновидные углубления шеек зубов ■ десну; появляются косое направление линии стирания резцов и желтоватая окраска зубов. От 30 до 40 лет происходит атрофия пульпы зуба, определяющаяся рентгенологически. Кожа лица приобретает желтовато-землистый оттенок. Выражены лобные морщины, носогубные складки и в области углов век; начинают появляться морщины под глазами, за ушами; морщинистость распространяется ниже мочки, предкозелковая — до среднекозелковой линии. С 30 лет отмечается отложение извести ■ щитовидном и перстневидном хрящах гортани. К 30 годам могут соединиться позвонки ■ копчике. Начинает прирастать к груди мечевидный отросток. После 30 лет появляются заостренные бугристости на краях надколенника. Постепенно начинают уменьшаться необызвествленные участки ■ щитовидных хрящах.

35 лет. Выраженная стертость резцов до дентина, имеющего желтую окраску; сношены коренные зубы. Морщинистость лица становится более выраженной. Появляется поседение волос ■ области висков. Отмечается начало отвисания щек («экспрессия лица»).

В 37 лет на передней поверхности грудины видна костная бугристость с выступом у реберных вырезок; заостряются краевые выступы ключиц.

40 лет. Дентин на резцах обнажен, он коричневатого цвета; полное обнажение дентина на жевательной поверхности коренных зубов. Лобные морщины выражены резко. Хорошо выражены носогубные складки, морщины у углов глаз, морщинистость под глазами, хорошо выражены предкозелковые морщины. Отмечается рост волос в слуховых проходах. Появляются морщинки на щеках. Начинается пигментация и ороговение кожи, которая становится более сухой. Окостеневают кольца трахеи. Окончательно срастаются большие рожки подъязычной кости с телом.

С 40 лет окостеневают черпаловидные хрящи. Иногда наблюдается срастание копчика с крестцом, полностью окостеневшим. Мечевидный

Название

Кости черепа
Теменные кости
Лобные кости
Затылочная к
а) нижняя че

б) основная
в) боковые
г) верхняя
Основная к

Решетчатая
Височная к
а) барабанн
б) чешуйчат
в) каменист
Кости лица
Нижняя че
Подъязычн
Рожки по
кости

Ключица
Грудинный
Грудина:
а) рукоятка
б) тело
в) мечевид
Ребра:
а) тело
б) добавоч

Лопатка:
а) тело
б) I клюво
росток
в) II клюв
росток
г) акромия
сток

д) сустав
е) нижний
ж) медиан
Позвоноч
а) первич
окостенени
позвонков

Таблица 21

Сроки появления точек окостенения и наступления синостозов
(по В. А. Дьяченко, 1954)

Название кости	Месяцы внутри- утробного развития	Месяцы	Годы	Наступление синостозов
Кости черепа:				
Теменные кости	3 месяца			2 года
Лобные кости	3 »			
Затылочная кость:				
а) нижняя чешуя	Конец 3-го месяца			Боковые части сли- ваются с чешуей ■ 3 года, с основной частью — на 4—5-м году
б) основная часть	То же			
в) боковые части	3 месяца			
г) верхняя чешуя	То же			
Основная кость	3 месяца			Синостоз с затылоч- ной между 14 и 20 годами
Решетчатая кость	5 месяцев			
Височная кость:				
а) барабанная часть	3 месяца			
б) чешуйчатая »	То же			
в) каменистая »	5 месяцев			
Кости лица	3 месяца			
Нижняя челюсть	То же		2—3	
Подъязычная кость				
Рожки подъязычной кости			6—10	
Ключица	Конец 2-го месяца		17—18	19—20 лет
Грудинный ее эпифиз				
Грудинна:	5—6 месяцев			
а) рукоятка	От 7—8 до			
б) тело	8—10 месяцев		7	
в) мечевидный отросток				
Ребра:				
а) тело	2—3 месяца		16—17	18—20 лет
б) добавочные				
Лопатка:				
а) тело	7—8 месяцев			
б) I клювовидный от- росток			1—1½	14—15 »
в) II клювовидный от- росток			14—15	16—17 »
г) акромиальный отро- сток			13—14	17—19 »
д) суставная впадина			14—15	14—15 »
е) нижний угол			16—18	18—20 »
ж) медиальный край				
Позвоночник:				
а) первичные точки окостенения тел и дужек позвонков	Конец 2-го и на- чало 3-го месяца			

Продолжение

Название кости	Месяцы внутри- утробного развития	Месяцы	Годы	Наступление синостозов
б) точки окостенения краевых валиков			7—9	22—24 года
в) точки окостенения отростков				
Таз:			14—16	16—18 лет
Подвздошная кость	2—3 месяца			Синостоз (образова- ние тазовой кости) происходит в 15—17 лет
Седалищная	4—5 месяцев		15—16	16—18 лет
Лонная	5—6 »		12—14	16—18 »
Гребень подвздошной кости			12—14	14—16 »
Нижняя передняя кость			15—16	18—20 »
Эпифизы вертлужной впадины				
Апофиз бугра седа- лищной кости				
Верхняя конечность				
Плечевая кость:				
а) диафиз	На 3-м месяце	4—8 ме- сяцев		Синостоз верхнего эпифиза в 20—24 года
б) головка			2—3	
в) большой бугор			4	
г) малый бугор				
д) головчатое возвыше- ние			1—2	Синостоз нижнего апофиза в 15—17 лет
е) внутренний мышце- лок			4—5	
ж) блок			10—11	
з) наружный мышцелок			11—12	
Лучевая кость:				
а) диафиз	На 3-м месяце		5—6	17—18 лет
б) головка				
в) нижний эпифиз		От 10 месяцев	До 2 лет	19—22 года
Локтевая кость:				
а) диафиз	На 3-м месяце		8—11	17—18 лет
б) локтевой отросток			7	19—22 года
в) нижний эпифиз				
Кости запястья:				
а) головчатая		3—5 ме- сяцев		
б) крючковидная		3—5 ме- сяцев		
в) трехгранная			2—3	
г) полулунная			3—4	
д) ладьеобразная			5—6	
е) многоугольные			5—6	
ж) гороховидная			11—14	
Пястные кости:				
а) диафизы	2—3 месяца		2 ¹ / ₂ —3	15—19 лет

Продолжение

Название кости	Месяцы внутри- утробного развития	Месяцы	Годы	Наступление синостозов
б) эпифизы				
Фаланги:				
а) диафизы	2—3 месяца		2 ¹ / ₂ —3	15—19 лет
Нижняя конечность:				
Бедренная кость:				
а) диафиз	На 3-м месяце			
б) нижний эпифиз	Начало 9-го месяца	5—6 ме- сяцев		20—24 года 17—19 лет
в) большой вертел			3—3 ¹ / ₂	16—18 »
г) малый вертел			8	16—19 »
Кости голени:				
Большеберцовая:				
а) диафиз	На 3-м месяце			
б) верхний эпифиз	9 месяцев			20—22 года
в) нижний эпифиз			1—2	18—20 лет
г) апофиз бугристости			11—12	17—18 »
Малоберцовая:				
а) диафиз	На 3-м месяце			
б) нижний эпифиз			1—2	18—20 лет
в) верхний эпифиз			3—5	20—22 года
			3—5	
Пяточная кость	4—8 месяцев			
Апофиз пяточной кости			7—10	16—17 лет
Таранная кость	6—7 »			
Ладьеобразная кость			4—5	
Кубовидная кость	8—9 »			
Клиновидные:				
а) первая			2—4	
б) вторая			2—4	
в) третья			1	
Плюсневые:				
а) диафизы	На 4—5-м месяце		3	16—19 лет
б) эпифизы				
в) бугристость у плюс- невой кости			12—13	15—16 »
Фаланги:				
а) диафизы	На 3-м месяце		2 ¹ / ₂ —3	15—17 »
б) эпифизы				

Таблица 22

Схема возрастных особенностей грудины, используемых для определения возраста
(По С. Журавлевой, 1953)

Возраст	Морфологические особенности
4 месяца утробной жизни	Появление ядра окостенения
8 месяцев утробной жизни	Ядра окостенения в рукоятке и I сегменте. Во II сегменте ядро окостенения отсутствует
Больше 9 месяцев утробной жизни (плод доношенный)	Ядро окостенения в рукоятке имеет плоскую форму. Размеры его не менее $0,7 \times 0,9$ см
3—4 месяца после рождения	Ядра окостенения в рукоятке и III сегменте приобретают «взрослую» форму
Больше 1 года	Намечается яремная вырезка рукоятки и сочленовные поверхности для ребер в костной части I сегмента
Больше 2 лет	Намечаются сочленовные поверхности для ключицы, первых ребер и ребер, прикрепляющихся к III сегменту
3 года	Частичное слияние сегментов
4 года	Яремная вырезка хорошо выражена. Появляются сочленовные поверхности для вторых ребер
Больше 7 лет	Сочленовные поверхности для ключиц, первых и вторых ребер, а также ребер, прикрепляющихся к III сегменту, хорошо выражены
14 лет	На III сегменте сочленовные поверхности для ребер имеют небольшие углубления с выступающими краями
17 лет	Сочленовные поверхности для ключиц имеют вид полулунных выемок с гладкой поверхностью. Сочленовные поверхности для первых ребер лишены неровностей
Больше 18 лет	Границы между сросшимися сегментами слабо выражены
Меньше 24 лет	Сохранение хрящевых прослоек между сегментами
Больше 27 лет	Костное сращение I и II сегментов
Больше 37 лет	Поверхность грудины неровная, бугристая В области реберных вырезок — костные наросты

отросток срастается с грудиной. Продолжается процесс обызвествления ребер.

45 лет. Резкая сношенность дентина, при этом на жевательной поверхности коренных зубов стертость выражена значительно, чем у резцов. Часто отмечается выпадение коренных зубов. Кожа принимает землистый оттенок. Резко выражены носогубные складки, морщины под глазами и в углах глаз. Появляется морщинистость кожи шеи и складки. Обызвествляются все ребра — позже других обызвествляется вторая пара ребер. Увеличивается остеопороз дистальных концов средних фаланг и прежде всего IV пальца. В нижней челюсти могут сохраняться все зубы, а в верхней — многие зубы отсутствовать.

50 лет. Кожа лица землистого цвета. Лицевые морщины выражены резко; всегда имеются морщины на шее. Отмечаются ороговение и пигментация кожи кистей. Иногда отмечается изменение голоса в связи с окостенением гортани — дребезжание голоса. Появляются морщины на подбородке, переносице, верхней губе. Начинается помутнение периферии роговицы. Слабая морщинистость может быть на верхней губе.

60 лет. Кожные складки на тыле кисти расправляются медленно; выраженная морщинистость переносицы, ушных мочек; увеличивается морщинистость на верхней губе. После 60 лет всегда сращен с груди-

Сроки окостенения скелета стопы человека
(по С. А. Ждановой, 1955)

Возраст	Морфологические особенности костей
2 года	Точка окостенения ■ III клиновидной кости
3 года	Точка окостенения ■ I и II клиновидных костях, в эпифизах I плюсневой кости и фаланг стопы
4 года	Точка окостенения ■ ладьевидной кости, в эпифизах II, III и IV плюсневых костей
5—6 лет	Точка окостенения ■ эпифизе V плюсневой кости
6 лет	Начало формирования «волнистого» рельефа пяточной кости (на профилном снимке).
7 лет	Точка окостенения ■ эпифизе пяточной кости
8—9 лет	Формирование эпифизов плюсневых костей и фаланг стопы. Дальнейшее формирование эпифиза пяточной кости
11—12 лет	Точки окостенения в сесамовидных костях
13—14 лет	Точка окостенения в бугристости V плюсневой кости
15—16 лет	Полное синостозирование ■ фалангах и частичное — в плюсневых костях. Полное синостозирование эпифиза пяточной кости
18 лет	Полное окостенение скелета стопы

ной мечевидный отросток; рукоятка с телом грудины срастается вслед за мечевидным отростком.

Таковы ориентировочные данные признаков отдельных возрастных групп. Необходимо, конечно, помнить о возможных отклонениях в ту или иную сторону.

Рентгенографическая диагностика возраста определяется в соответствии с данными, указанными в табл. 21.

При определении возраста устанавливаются отдельные признаки. Рентгенографическое обследование производится в области различных отделов скелета. Наиболее подходящими объектами являются стопа, кисть, грудина (табл. 22, 23, 24). Возраст устанавливается на основании деления суммы возрастов, определенных по каждому отдельному признаку, на число признаков. При этом следует исключить из числа признаков антропометрические измерения частей тела и рост. При оценке возраста, конечно, необходимо учитывать индивидуальные особенности, пол, условия жизни и развития, питание и др. Возраст указывается с колебаниями ■ пределах, упомянутых выше для отдельных возрастных периодов.

Половые различия между мальчиками и девочками в первые 4 года выражаются ■ том, что девочки на несколько месяцев опережают мальчиков; ■ дальнейшем они впереди мальчиков на 1—1½ года, а после включения половых желез — на 2—3 года.

6 месяцев от роду. Точки окостенения ■ рукоятке грудины.

Конец 1-го и начало 2-го года. Точки окостенения в дистальном эпифизе лучевой кости.

2—2½ года. Точки окостенения эпифизов фаланг и пястных костей.

3-й год
4-й год
5-й год

Без перемен

М а л ь ч и к и

6-й год
7-й год

Без перемен

8-й год. Точка окостенения в дистальном эпифизе локтевой кости.

Д е в о ч к и

6-й год. Точка окостенения в дистальном эпифизе локтевой кости.

7-й год. Без перемен.

8-й год. Дальнейшее развитие окостенения по всему протяжению эпифиза локтевой кости.

Таблица 24

Сроки окостенения скелета кисти и дистального отдела предплечья
по Д. Г. Рохлину (Р) и А. А. Харьков (Х)
(по М. А. Кировой, 1955, и Д. Г. Рохлину, 1958)

Центры окостенения	Девочки	Мальчики
В головчатой и крючковатой костях	3 месяца внеутробной жизни (Р) 2—6 месяцев (Х)	4 месяца внутриутробной жизни (Р) 2—6 месяцев (Х)
В дистальном эпифизе лучевой кости	12—14 месяцев (Р) 10—20 месяцев (Х) Чаще в начале второго года жизни (Х)	16—18 месяцев (Р) 10—20 месяцев (Х) (Х)
В эпифизах основных фаланг и пястных костей	16 месяцев (Р) В течение третьего года жизни	20 месяцев (Р) (Х)
В эпифизах средних и концевых фаланг	18 месяцев (Р)	24 месяца (Р)
В трехгранной кости	3 года (Р) В течение третьего года жизни	3½ года (Р) (Х)
В полулунной кости	3½ года (Р) Конец 3-го года — начало 5-го года	4 года (Р) (Х)
В многоугольной и ладьевидной костях	5 лет (Р)	6 лет (Р)
В дистальном эпифизе локтевой кости	7 лет (Р) В течение седьмого года жизни	8 лет (Р) (Х)
В шиловидном отростке локтевой кости	9 лет (Р) В течение девятого года жизни	10 лет (Р) (Х)
В гороховидной кости	10 лет (Р) 11 лет (Х)	12 лет (Р) 12 лет (Х)
В сесамовидной кости I пястно-фалангового сустава	12 лет (Р) 12—13 лет (Х)	14½ лет (Р) 13—14 лет (Х)
Синостозы:		
В концевых фалангах	15 лет (Р) 16—17 лет (Х)	18—19 лет (Р) 17—18 лет (Х)
В средних фалангах	16—17 лет (Р) 16—17 лет (Х)	19 лет (Р) 17—18 лет (Х)
В основных фалангах	16 лет (Р) 16—17 лет (Х)	19 лет (Р) 17—18 лет (Х)
В I пястной кости	14 лет (Р) 15—16 лет (Х)	17 лет (Р) 17—18 лет (Х)
В II—V пястных костях	18 лет (Р) 16—17 лет (Х)	19—20 лет (Р) 17—18 лет (Х)

М а л ь ч и к и

- 9 лет. Без перемен.
- 10—11 лет. Точка окостенения в шиловидном отростке локтевой кости.
- 12—14 лет. Точка окостенения гороховидной кости.
- 15 лет. Появление сесамовидной кости в первом пястно-фаланговом суставе.

Ю н о ш и

- 17 лет. Синостоз ■ I пястной кости.
- 18 лет. Синостозы в концевых и в основных фалангах.
- 19 лет. Без перемен.
- 20 лет. Появление синостоза локтевой кости.
- 22—23 года. Последний синостоз лучевой кости.
- 24—25 лет. Исчезание поперечных тяжей.

Д е в о ч к и

- 9 лет. Точка окостенения ■ шиловидном отростке локтевой кости.
- 10—12 лет. Точка окостенения гороховидной кости.
- 12—14 лет. Появление сесамовидной кости ■ первом пястно-фаланговом суставе.
- 15 лет. Синостоз I пястной кости (половые железы активны).
- 16 лет. Синостоз ■ основных фалангах.

Д е в у ш к и

- 17 лет. Синостозы во II—V пястных костях.
- 18 лет. Появление синостоза в локтевой кости.
- 19 лет. Появление синостоза лучевой кости и полный синостоз локтевой кости.
- 20 лет. Имеется синостоз лучевой кости, но поперечный тяж еще есть.
- 22—23 года. Исчезание поперечных тяжей.

П Р И М Е Р Ы

З а к л ю ч е н и е с у д е б н о - м е д и ц и н с к о г о э к с п е р т а п о п о в о д у у с т а н о в л е н и я в о з р а с т а

10/XI 1966 г. по предложению начальника 3-го отделения милиции города Ж-ра от 10/XI с. г. судебно-медицинский эксперт Сергеев В. И. ■ помещении Областного бюро судебно-медицинской экспертизы произвел освидетельствование гр-на Панченко Владимира для установления его возраста.

Обстоятельства дела. Со слов матери, гр-ки Панченко Е. Е., ее сын Владимир Панченко родился в Харькове 30/X 1954 г. Из справки, выданной средней школой, следует, что ученику Владимиру Панченко исполнилось 12 лет. В Харьковском загсе актовой записи Владимира Панченко не обнаружено. По заявлению матери Владимир в раннем возрасте длительно болел рахитом, рос хилым ребенком.

Данные объективного исследования: подросток мужского пола ростом 140 см. Окружность груди 66 см. Кожные покровы бледные, но на щеках замечен нежный румянец. Морщин на лице нет. Половые органы слабо развиты. Волос нет ни на лице, ни в подмышечных впадинах, ни на лобке. Околососковые кружки розовые. Видны незначительно выступающие над десной первые коренные зубы верхней челюсти. На нижней челюсти первые коренные зубы развиты полностью. Вторых коренных зубов не видно. Никаких следов стертости зубов не отмечается, граница шейки зуба и десны представляют расположенную прямую линию.

На рентгенограммах кистей рук видны повсеместно широкие эпифизарные щели. Сесамовидные кости I пястно-фалангового сустава отсутствуют. Также не обнаружено синостозов ■ костях стопы. Видно развивающееся костное ядро бугристости V плюсневой кости, отделенное от кости значительной щелью.

Закключение. Отсутствие признаков полового созревания, степень развития зубов, отсутствие сесамовидных костей и синостозов в костях конечностей при развивающемся ядре бугристости V плюсневой кости указывают, что Владимиру Панченко, вероятно, исполнилось 12 лет.

Судебно-медицинский эксперт

(Сергеев)

З а к л ю ч е н и е с у д е б н о - м е д и ц и н с к о г о э к с п е р т а п о п о в о д у у с т а н о в л е н и я в о з р а с т а

17/VIII 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры города С., юриста III класса Сидоренко, от 15/VIII 1966 г. судебно-медицинский эксперт города С. Сушкевич А. С. в помещении Областного бюро судебно-медицинской экспертизы произвел освидетельствование подростка Сердюка Павла для установления его возраста.

23 М. И. Авдеев

Обстоятельства дела. Павел Сердюк родился в 1950 г. в июле в селе Олегского района С-кой области ■ семье крестьянина. Развивался нормально. В детстве болел скарлатиной, других заболеваний не помнит. Из-за семейных обстоятельств решил покинуть семью и обратился ■ Военкомат, заявив, что он достиг призывного возраста. Свидетельство у Сердюка было якобы утеряно.

Данные объективного исследования: подросток мужского пола, ростом 151 см. Окружность груди 73 см. Кожные покровы покрыты равномерным загаром, на щеках румянец. Морщины на коже лица отсутствуют. Половые органы развиты, околоссоковые кружки несколько пигментированы. Усов, бороды ■ волос в подмышечных впадинах не замечается. Волосы на лобке достигли лишь частичного развития, занимают небольшое пространство, редки и не вьются.

Голос у Сердюка резкий. Коренные зубы прорезались, но зубов мудрости не видно. Поверхность зубов совершенно стерта. Граница шейки зуба и десны представляет поперечно расположенную прямую линию. Рентгенографически определяются сесамовидные кости I пястно-фалангового сустава, как достигшие полного развития и дающие четкие округлые тени. Синостозы в кости отсутствуют полностью. На рентгенограмме таза виден частичный синостоз гребня подвздошной кости. На рентгенограммах стопы при открытых эпифизарных щелях плюсны наблюдается почти полное синостозирование бугристости I плюсневой кости.

Заключение. Степень развития половых органов, а также рентгенографические данные о дифференцировании скелета кисти, таза и стопы свидетельствуют, что юноша Сердюк достиг 15½—16-летнего возраста.

Судебно-медицинский эксперт

(Сушкевич)

Заключение судебно-медицинского эксперта по поводу установления возраста

20/XII 1966 г. по предложению начальника 1-го отделения милиции города К. от 20/XII 1966 г. судебно-медицинский эксперт Областного бюро судебно-медицинской экспертизы Владимир К. А. произвел освидетельствование гр-на Соколова Николая Ефимовича для установления его возраста.

Обстоятельства дела. Учащийся электротехникума Соколов Николай Ефимович, по его словам, родился в 1945 г. ■ мае в Пензе. Развивался нормально; какими страдал болезнями, не помнит. Успешно окончил полную среднюю школу. Во время войны родителями было утеряно метрическое свидетельство на Николая. В комсомольском билете год рождения значится 1941.

Данные объективного исследования: мужчина ростом 165 см. Окружность грудной клетки 81 см. Кожные покровы смуглые, покрыты равномерным загаром. На лице заметен свежий румянец. На коже лба намечаются поперечные морщины. Все зубы развиты полностью, включая зубы мудрости. Дентина еще не видно, но стертость резцов уже заметна. Граница шейки зуба и десны представляет поперечную прямую линию. Половые органы развиты полностью, с выраженной пигментацией. Волосы на лобке вьющиеся, густые, в подмышечных впадинах довольно густые, но еще не вьются. Волосы на верхней губе сбиты.

Рентгенологическим исследованием установлено: в кистях и коленном суставе определено завершение всех синостозов. В дистальном отделе предплечья и дистальном эпифизе бедра еще не вполне завершен процесс синостозирования, хотя диафиз с эпифизом соприкасаются почти на всем протяжении. В области дистальных концов костей голени выражена так называемая эпифизарная мозоль.

Заключение. Завершение полового развития Соколова, наличие у него всех зубов при заметной стертости резцов, хотя и не до дентины, почти полное синостозирование в дистальных концах костей верхних и нижних конечностей позволяют возраст Соколова определить в 23—24 года.

Судебно-медицинский эксперт

(Владимиров)

Заключение судебно-медицинского эксперта по поводу установления возраста

14/IX 1966 г. на основании постановления следователя прокуратуры города С., юриста III класса Левченко И. Г., от 11/IX 1966 г. судебно-медицинский эксперт Борис И. А. произвел ■ помещении Областного бюро судебно-медицинской экспертизы освидетельствование гр-на Куницына Сергея Константиновича для установления его возраста.

Обстоятельства дела. У гр-на Куницына Сергея Константиновича ■ документах имелось значительное несоответствие данных о возрасте. В метрическом свидетельстве запись о дате рождения неразборчива. Куницын заявляет, что родился в октябре 1916 г.

Данные об
жения, избыт
лосы со
подглазничные
стигают вверх
шее, щеках и
группы. На
проходах видн
но без морщин
сти заключено
почти наполови
клинообразно.
Рентгеногр
ного края дист
режение костно
Видно резкое
Отмечается ра
талии («рыбий
З а к л ю ч
ционные измен
в 50—55 лет.

Установлен
нения СССР
и невропатол
производить
представит
дицинскому
с алкогольн
температура, на
авторов и не
комления с
ного опьянен
лина (1959),
графию Vamp
Установле
приходится п
правонаруше
присшествия
ются в состо
Ст. 12 УК
шенное в сое
стоянии опья
Имеется в в
стояния от у
опьянения н
В частности,
виях.
23*

Данные объективного исследования: мужчина среднего роста, крепкого телосложения, избыточного питания, кожные покровы лица имеют землистый цвет. Русые волосы со значительной проседью, но достаточно густые. Резко развиты морщины лба, подглазничные, морщины углов век, носогубные и предкозелковые, причем последние достигают вверх добавочной линии, а вниз — ниже козелковой. Выражены морщины на шее, щеках и спинке носа, но в этих областях слабее, чем морщины описанной выше группы. На подбородке и верхней губе, на ушных мочках морщин нет. В слуховых проходах видны пучки волос. Кожа кистей рук суха, ороговевшая и пигментирована, но без морщин. Голос Куницына заметно дрожит. Большое число зубов верхней челюсти заключено в коронки либо представлено протезами. Резцы нижней челюсти стерты почти наполовину. Дентин имеет бурую окраску. Шейка зуба в десну углубляется клинообразно.

Рентгенографически определяется подточенность как ульнарного, так и радиального края дистального конца основных фаланг. Суставные щели узкие. Заметно разрежение костной субстанции, особенно резкое — в дистальном эпифизе лучевой кости. Видно резкое обызвествление всех реберных хрящей, кроме хрящей второй пары. Отмечается разрежение костного вещества тел поясничных позвонков с образованием талии («рыбьи позвонки»).

Заключение. Развитие морщин на лице, степень стертости зубов и инволюционные изменения костной системы Куницына соответствуют примерному возрасту — 50—55 лет.

Судебно-медицинский эксперт

(Борисов)

Глава XXV

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Установление состояния опьянения приказом министра здравоохранения СССР № 523 от 22/XI 1954 г. возложено на врачей — психиатров и невропатологов. В случае их отсутствия освидетельствование должны производить врачи других специальностей. В отдельных случаях может представиться необходимость такую экспертизу произвести судебно-медицинскому эксперту. Проблеме широкого круга вопросов, связанных с алкогольным опьянением и его экспертизой, посвящена огромная литература, насчитывающая тысячи работ отечественных и зарубежных авторов и непрерывно увеличивающаяся. Для более подробного ознакомления с вопросами экспертизы установления состояния алкогольного опьянения можно рекомендовать отечественные работы И. В. Скопина (1959), В. А. Балякина (1962), И. В. Стрельчука (1966) и монографию Vamoši (1957).

Установление состояния алкогольного опьянения в настоящее время приходится производить довольно часто. Прежде всего при различных правонарушениях: хулиганских действиях, автотранспортных и других происшествиях, бытовых конфликтах, а также у лиц, которые появляются в состоянии алкогольного опьянения на производстве.

Ст. 12 УК предусматривает ответственность за преступление, совершенное в состоянии опьянения. Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности. Имеется в виду не только алкогольное опьянение, но и подобные состояния от употребления любых наркотических веществ. Состояние опьянения не смягчает, а утяжеляет ответственность преступника. В частности, так рассматривается вина при транспортных происшествиях.

Субъект, находящийся в состоянии опьянения, отвечает и за причиненный им вред. Так, ст. 453 ГК предусматривает ответственность за вред, причиненный гражданином, не способным понимать значение своих действий. Дееспособный гражданин, причинивший вред в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, не отвечает за причиненный им вред. Однако он не освобождается от ответственности, если сам привел себя в такое состояние употреблением алкоголя или наркотических веществ, либо другими способами.

Закон возлагает полную уголовную и гражданскую ответственность за совершенные действия на лицо, находящееся в состоянии алкогольного опьянения. С этим связана и необходимость судебно-медицинской экспертизы такого состояния.

Появление в состоянии алкогольного опьянения на производстве также нередко бывает предметом экспертизы. Для освидетельствования могут быть направлены лица, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения в местах общего пользования. При нетрудоспособности, обусловленной опьянением или действиями, связанными с опьянением (драки, ранения и пр.), лишаются пособий одинокие рабочие и служащие — в течение первых 10 календарных дней нетрудоспособности, а начиная с 11-го дня нетрудоспособности пособие им выдается в половинном размере.

Установление состояния алкогольного опьянения требуется при решении вопросов: о действительности сделок, ответственности по договорам страхования, по обязательствам, возникающим вследствие причинения другому лицу вреда. Суды в таких случаях руководствуются ст. ст. 56, 453 и др. Гражданского кодекса РСФСР и «Правилами смешанного страхования жизни» Министерства финансов СССР от 1/III 1956 г. Такое освидетельствование может потребоваться в связи с исками о выселении за невозможностью совместного проживания вследствие частых появлений в квартире в пьяном виде и связанного с этим недостойного поведения в быту: скандалов, оскорблений и т. п. (определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда СССР от 13/XI 1954 г. по иску Ворониной к Мацурину о выселении и от 10/III 1954 г. по иску Голудзиной к Голудзину о выселении). В делах о расторжении брака состояние опьянения одного из супругов и возникающие в связи с этим бытовые конфликты могут явиться основанием к расторжению брака (определение Судебной коллегии Верховного Суда СССР от 7/VII 1957 г. по иску Коротеевой к Коротееву о расторжении брака).

Порядок и последовательность медицинского освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения

Освидетельствования производятся не по личной просьбе свидетелей, а по направлению органов расследования судов или учреждений (при направлении на освидетельствование с производства). Освидетельствование может производиться только врачами. Такие освидетельствования запрещено производить среднему медицинскому персоналу.

Освидетельствование по этому поводу должно производиться в любое время суток. В направлении на медицинское освидетельствование

должны быть указаны следующие данные: когда было выдано направление, дата и час, основание, вызвавшее подозрение в опьянении, кто направляется на освидетельствование и куда должно быть направлено заключение врача.

Перед освидетельствованием, как обычно, необходимо удостовериться в личности обследуемого (паспорт, другой документ). При отсутствии документа личность свидетельствуемого удостоверяет лицо, с которым свидетельствуемый направлен. Если такое подтверждение не может быть получено (нет документа, освидетельствуемый сам явился с направлением), то в заключении указывается: «гражданин, назвавшийся таким-то». Если освидетельствуемый находится в сильной степени опьянения, то указывается, что освидетельствуемый «гражданин (фамилию которого установить не удалось)», или указываются другие причины. Об освидетельствовании составляется полный документ по установленной форме, в котором детально приводятся все данные освидетельствования (внешний вид свидетельствуемого, его поведение, состояние сознания и ориентировки, памяти и речи, состояния нервной системы и соматической сферы, наличие запаха алкоголя и результаты качественных предварительных проб на алкоголь). В ответственных и сомнительных случаях (при неясной клинической картине, нечеткости результатов предварительных проб) обязательно следует взять кровь и мочу для количественного исследования на алкоголь, которые производятся в судебно-химическом отделении бюро судебно-медицинской экспертизы. При направлении в лабораторию крови и мочи необходимо направить и копию документа медицинского освидетельствования. Окончательное заключение дается на основании освидетельствования и результатов судебно-химического исследования.

При освидетельствовании для установления состояния алкогольного опьянения требуется произвести клиническое обследование, предварительные пробы и биохимическое исследование крови и мочи. Комплекс всех этих исследований дает возможность правильно установить степень алкогольного опьянения. В основу заключения о наличии или отсутствии алкогольного опьянения могут быть положены результаты клинического обследования, предварительные пробы. Биохимическое исследование крови и мочи является основным и наиболее точным средством для установления диагноза алкогольного опьянения и его степени. При проведении освидетельствования в поздние сроки, когда клиника алкогольного опьянения в значительной мере ступшевана, данные исследования мочи и крови при обнаружении алкоголя могут быть единственными доказательствами имевшего место приема алкоголя.

При определении состояния опьянения необходимо учитывать, что алкоголь, принятый в малых количествах, короткое время действует возбуждающе вследствие торможения коры головного мозга. В этот период отмечаются эйфория, ослабление критики и концентрации внимания, повышенная самоуверенность, обидчивость и др. Появляется гиперемия кожи вследствие расширения периферических сосудов. Эта стадия опьянения, как правило, сменяется вялостью, сонливостью, обусловленными основным тормозящим действием алкоголя на нервную систему.

При выраженном алкогольном опьянении нарушения со стороны коры и подкорковых областей головного мозга достигают значительной степени. При этом принявший алкоголь либо становится чрезмерно возбужденным, либо апатичным. Теряется чувство меры по отношению к окружающим, обнажаются инстинкты и реакции на внешние раздражения, приобретая явно аффективную окраску. Малозначительные

факты, например, могут вызвать ярость, радость и тому подобное. Связанность мышления теряется, двигательные реакции нарушаются, нарушается восприятие внешних впечатлений, понижается болевая чувствительность. Иногда нарушается и ориентировка в окружающем.

С углублением наркоза тормозятся и подкорковые узлы, в процесс вовлекается мозжечок и отчасти спинной мозг. Происходит нарушение вегетативно-сосудистых функций, выражающееся слюнотечением, рвотой, усилением диуреза. В дальнейшем угнетение усиливается и наступает глубокий сон. При очень больших количествах алкоголя наступают глубокий наркоз и коматозное состояние. Усиление реакции на прием алкоголя зависит от переутомления, бессонницы, недоедания, перенесенных травм головного мозга и других причин.

Необходимо обращать внимание на состояние памяти, реакцию на происходящее, умение поднять с пола монету, пройти по прямой линии, быстро повернуться, вести счет в обратном порядке и так далее. Один только запах изо рта существенного значения не имеет, так как может появиться после принятия очень малых количеств алкоголя, например маленькой рюмки водки, кружки пива.

Следует иметь в виду, что состояние возбуждения, шаткая походка, несвязная речь, покраснение лица, соединительных оболочек глаз, потеря сознания и анестезия могут наблюдаться и при некоторых инфекционных заболеваниях и поражениях головного мозга, при отравлении окисью углерода, парами бензина (например, у шоферов).

У отдельных лиц может встретиться комбинация алкогольного опьянения и травмы или заболевания. Об этом надо всегда помнить, так как в практике бывали серьезные ошибки, когда тяжелобольного человека принимали за пьяного и не оказывали ему необходимой помощи.

У некоторых лиц с психопатической конституцией наблюдается патологическое опьянение. Оно проявляется в ряде глубоких патологических расстройств с затемнением сознания, галлюцинациями, бесцельными и разрушительными действиями. Такой пьяный крайне опасен для окружающих, он может совершить убийство, насилие и так далее. Экспертиза при подозрении на патологическое опьянение должна производиться только судебным психиатром.

Необходимо строго учитывать разнообразие реакций на алкоголь отдельных лиц, обстоятельства, при которых принят алкоголь, и при этом ставить диагноз опьянения только на основании клинического синдрома в сочетании с данными предварительных проб.

Несмотря на довольно значительные индивидуальные различия в реакции на алкоголь, многочисленные исследования концентрации алкоголя в крови указывают на известную последовательность и закономерность распространения алкоголя в организме и фаз алкогольного опьянения.

Констатируя в крови живого человека определенную концентрацию алкоголя, можно судить и о количестве выпитого им алкоголя, принимая во внимание следующие обстоятельства.

1. *Время, прошедшее от момента приема алкоголя до момента взятия крови.* В организме человека сгорает за 1 час в среднем 7—10 мл чистого алкоголя (т. е. 20—25 мл 40° водки). Сгорание алкоголя в организме хронического алкоголика происходит обычно быстрее (но не более чем на $\frac{1}{3}$).

2. *Концентрация принятого испытуемым алкогольного напитка.* Известно, что более крепкие напитки дают более высокую и быструю максимальную концентрацию алкоголя в организме, и наоборот.

3. Условия и сразу в больших порциях). в др. ного времени. концентрации а его с выдыха резкой. То же Прием же пш сыванию послед длительного). З обычно невелик ного алкоголя. чества воды, а ной концентра явлений опьяне Концентраци симальной чере личества алко Спустя 10— питков в выде алкоголя в те и вида напит И. П. Шинкар

Водка 40°
» 40°
» 40°
» 40°
» 40°
Коньяк ***
Смесь конья
Шампанское
Портвейн
»
»
Пиво: Жигу
Рижс
Лени
Порт

При расслед редко исклю алкогольного

3. *Условия приема алкоголя.* В одних случаях он может быть введен сразу в большом количестве (или быстро следующими одна за другой порциями), в других случаях в том же количестве в течение длительного времени, мелкими порциями. Естественно, что в первом случае концентрация алкоголя в крови окажется более высокой, выделение его с выдыхаемым воздухом большим и картина опьянения более резкой. То же произойдет, если алкоголь принят на пустой желудок. Прием же пищи до введения алкоголя ведет к более медленному всасыванию последнего и более мягкой картине опьянения (хотя и более длительного). Значение диуреза для выведения алкоголя из организма обычно невелико. Так, в первые часы выделяется всего 1—2% введенного алкоголя. Однако введение наряду с алкоголем большого количества воды, а также мочегонных средств дает понижение максимальной концентрации алкоголя в крови и вместе с тем ослабление общих явлений опьянения.

Концентрация алкоголя в крови здорового человека оказывается максимальной через 1—2 часа после его приема и зависит не только от количества алкоголя, но и от индивидуальных особенностей организма.

Спустя 10—15 минут после употребления содержащих алкоголь напитков в выдыхаемом воздухе уже можно установить наличие паров алкоголя в течение определенного времени, зависящего от количества и вида напитков. Эта зависимость, по данным Л. А. Мохова и И. П. Шинкаренко (1955), следующая (табл. 25).

Таблица 25

Вид напитка	Количество (в мл)	Время, в течение которого пары алкоголя могут быть обнаружены в выдыхаемом воздухе (в часах)
Водка 40°	50	1—1½
» 40°	100	3—3½
» 40°	200	6—6½
» 40°	250	8—9
» 40°	500	15—18
Коньяк ****	100	3½—4
Смесь коньяка с шампанским	100 ÷ 150	4—5
Шампанское	100	1
Портвейн	200	3—3½
»	300	3½—4
»	400	4½—5
Пиво: Жигулевское (2,8°)	500	Не определяется
Рижское (3,4°)	500	»
Ленинградское (6°)	500	20—45 минут
Портер (5°)	500	20—45 »

Неклинические методы исследования в диагностике острого алкогольного опьянения

При расследовании различного рода происшествий и конфликтов нередко исключительно важное значение приобретает точная диагностика алкогольного опьянения и его степени. Наибольшие трудности возникают

при диагностике легкой степени опьянения. Средняя и особенно тяжелая степень алкогольного опьянения определяется легче.

Пробы Рапопорта, Архангеловой, Мохова и Шинкаренко являются предварительными, ориентирующими. Неопределенны, неточны, в известной мере субъективны и клинические методы диагностики острого алкогольного опьянения.

В настоящее время нельзя ограничиваться только этими методами. Диагностика алкогольного опьянения обязательно должна основываться на методах количественного определения алкоголя в крови, моче, слюне. Эти методы дают возможность объективно определять степень алкогольного опьянения, количество и давность приема алкогольных напитков.

Общепринятым в настоящее время является метод количественного определения алкоголя по Видмарку с некоторыми его модификациями. Предложены и другие методы количественного определения алкоголя. Они подробно изложены в монографии В. А. Балякина (1962).

Для правильной оценки результатов количественного определения алкоголя в крови необходимо иметь представление о динамике изменений алкоголя в организме с момента его поступления до окисления и выведения. Здесь приводятся только основные сведения по этому вопросу. Более подробные данные имеются у И. В. Скопина (1959) и В. А. Балякина (1962).

После приема алкоголя внутрь начинается его всасывание в организм. Около 20% его всасывается в желудке, остальное в кишечнике. В дальнейшем по закону диффузии алкоголь сравнительно равномерно распределяется в тканях, органах и жидкостях организма. Если в желудке содержится пища или она принимается одновременно с алкоголем, то какое-то количество алкоголя (до 15—30%) адсорбируется пищей, частично прочно, частично временно, с последующим высвобождением. Эта стадия всасывания алкоголя называется фазой резорбции. Она продолжается в среднем от 1½ до 3 часов. К этому времени в крови устанавливается максимальное содержание алкоголя, совпадающее с относительно равномерным распределением его в организме.

После этого вскоре или через некоторое время начинается снижение содержания алкоголя в крови. Это происходит за счет окисления его и за счет выделения. Эта стадия называется фазой элиминации. Она наступает в то время, когда всасывание алкоголя из желудка произошло на 90—98%, т. е. почти полностью.

В фазе элиминации начинается повышение уровня содержания алкоголя в моче. В какое-то время уровень алкоголя в моче сравнивается с уровнем алкоголя в крови. В дальнейшем уровень алкоголя в крови продолжает снижаться, а уровень его в моче нарастать. Это происходит приблизительно через 2½—3 часа после приема алкоголя. Величину снижения содержания алкоголя в крови за счет окисления и выделения за один час принято обозначать по Видмарку греческой буквой β . Эта величина — фактор β — может, конечно, колебаться в некоторых пределах, в зависимости от многих привходящих условий. Но для определенного субъекта в относительно одинаковых условиях фактор β остается неизменным и может быть вычислен. В среднем фактор β принимается равным 0,15‰ с небольшими колебаниями в ту и другую стороны (0,1—0,16‰).

Приходится также учитывать отношение содержания алкоголя во всем организме к содержанию его в крови на одну и ту же весовую единицу. Это отношение называется фактором редукции и обозначается буквой γ .

Это следу
Мужчина
алкоголь). С
Максимальн
а концентра
ции г будет
количественн
нее значение
0,86.

При коли
исследований
ториях, где п
гут быть сост

По предло
ющие данны
чество приня
ленный пред

Приводи
В. А. Баляки
Видмарк
рокое приме

где: A — кол
 A_t — кол
 C_0 — «ус
при
 C — кон
 t' и t'' — отдел
 P — вес
 γ — фак
 β — паде

Фактор γ
от особеннос

Пример
привычный к а
Эксперту
1. Какое к
2. Какова к

Результаты
1,50‰; в моче
дыхаемым возд
ви и моче сви
0,18‰. Обслед
 $\gamma=0,60$. Однак
сов, т. е. за 5
муле: $A=P \cdot \gamma$

Первый ва
42 (1,68+0,90) —
Второй ва
фактора $\beta=0,1$
в 98,5 г.

Следовате
от 98,5 до 10
228—258 мл.

Это следует определять таким образом.

Мужчина весом 70 кг принял 70 г алкоголя (имеется ■ виду чистый алкоголь). Следовательно, на 1 кг веса он принял 1 г алкоголя, т. е. 1‰. Максимальный уровень алкоголя ■ крови у него определился ■ 1,35‰, а концентрация алкоголя в организме равна 1‰. Отсюда фактор редукции r будет равен $1 : 1,35 = 0,66$. Фактор r обязательно учитывается при количественном определении алкоголя по Видмарку. Вычисленное среднее значение фактора r принимается равным 0,68, ■ максимальное — 0,86.

При количественном определении алкоголя по Видмарку результаты исследований рассчитываются по предложенным им формулам. В лабораториях, где постоянно производятся такие исследования, для удобства могут быть составлены справочные таблицы.

По предложенным Видмарком формулам можно устанавливать следующие данные: количество алкоголя в организме в данный момент, количество принятого алкоголя, концентрацию алкоголя ■ крови ■ определенный предшествующий промежуток времени или ■ определенный час.

Приводим эти формулы и пример расчета по этим формулам (по В. А. Балякину, 1962).

Видмарком предложены четыре основные формулы, получившие широкое применение ■ практике.

$$C_t = C_0 - \beta T. \quad (1)$$

$$C_0 = \frac{A}{P \cdot r}, \quad (2)$$

$$A_t = P \cdot r (C_0 - \beta T). \quad (3)$$

$$A = P \cdot r (C_t + \beta T), \quad (4)$$

где: A — количество принятого 100% алкоголя в граммах;
 A_t — количество алкоголя, содержащегося в организме на какой-то момент;
 C_0 — «условный максимум» содержания алкоголя в крови на момент окончания приема алкоголя T_0 ;
 C — концентрация алкоголя в крови на какой-то отрезок времени T ;
 t' и t'' — отдельные отрезки времени в элиминации;
 P — вес тела ■ килограммах;
 r — фактор редукции (см. выше);
 β — падение концентрации алкоголя в крови в час в промилле.

Фактор r при расчетах принимается равным 0,65—0,70, ■ зависимости от особенностей ■ конкретных условий.

Примеры расчета. Мужчина 40 лет весом 70 кг и ростом 163 см, умеренно привычный к алкоголю, доставлен для определения состояния опьянения ■ 17.00.

Эксперту необходимо было для органов расследования установить:

1. Какое количество алкоголя этот мужчина выпил в 12 часов.

2. Какова концентрация алкоголя в крови была в 15 часов в момент аварии.

Результаты исследования. В 17 часов в крови — 1,68‰ алкоголя, ■ 18 часов — 1,50‰; ■ моче в 17 часов — 2,56‰, в 18 часов — 1,65‰. Качественные пробы с выдыхаемым воздухом резко положительные. Соотношение содержания алкоголя ■ крови и моче свидетельствует о фазе элиминации. Фактор β_{60} ■ данном случае равен 0,18‰. Обследуемый субъект несколько тучный и к нему более применим фактор $r=0,60$. Однако расчеты сделаны в двух вариантах. Для вычисления выпитого в 12 часов, т. е. за 5 часов до обследования, алкоголя расчет произведен по четвертой формуле: $A = P \cdot r (C_t + \beta T)$.

Первый вариант расчета (фактор β_{60} — 0,18‰): $A = 70 \cdot 0,60 (1,68 + 0,180 \cdot 5) = 42(1,68 + 0,90) = 42 \cdot 2,58 = 108,36$ г абсолютного алкоголя.

Второй вариант расчета произведен с использованием теоретического значения фактора $\beta = 0,12$ ‰. По этому варианту количество выпитого алкоголя определяется ■ 98,5 г.

Следовательно, количество выпитого алкоголя за 5 часов до обследования было от 98,5 до 108,4 г абсолютного алкоголя, что ■ переводе на 40° водку составляет 228—258 мл.

Вычисление концентрации алкоголя в крови на 15 часов, за 3 часа до обследования, производится по первой формуле:

$$C_t' = 1,68 + 0,180.3 = 1,68 + 0,54 = 2,22\text{‰}.$$

При двух вариантах фактора β в расчетах по этой формуле концентрация алкоголя на 15 часов будет в пределах 2,22—2,04‰.

Во избежание ошибок рекомендуется производить вычисления в нескольких вариантах, имея в виду и многие другие условия.

Метод количественного определения алкоголя по Видмарку не представляет сложностей, может и должен производиться в судебно-химических и клинических лабораториях подготовленными лаборантами. Расчеты полученных значений должны производиться судебным химиком или врачом, но не лаборантом.

Кроме метода Видмарка, применяются и другие методы количественного определения алкоголя. Например, ферментативный метод с применением фермента алкогольдегидрогеназы. Этот метод в СССР фактически не применялся вследствие сложности получения фермента. Разработаны методы и приборы для количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе. Предполагается введение этого метода в практику с использованием отечественной аппаратуры. И. С. Карандаев рекомендовал фотометрический метод определения алкоголя в крови и моче. Этот метод не сложен, может применяться в судебно-химических, клинических лабораториях. Приборы и реактивы доступны.

Предварительные пробы на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе

Кроме опроса и освидетельствования, при диагностике опьянения следует пользоваться биохимическими реакциями. Простейшие и доступные из них состоят в следующем.

А. Проба по Рапопорту. Диагностика алкоголя по методу Рапопорта основана на известном факторе, что алкоголь, взаимодействуя с марганцовокислым калием в присутствии серной кислоты, переводится в ацетальдегид (и далее, до уксусной кислоты), причем происходит восстановление (и обесцвечивание) прибавляемого по каплям раствора марганцовокислого калия.



Рис. 81. Индикаторные трубочки Мохова — Шинкаренко.

Техника исследования состоит в следующем: в две пробирки (одна контрольная) наливают по 1 мл дистиллированной воды. Затем на дно одной из пробирок опускают конец изогнутой коленчатой трубки. Обследуемому предлагают взять в рот другой конец трубки и продувать через нее воздух в течение 20—30 секунд. Далее, в обе пробирки прибавляют осторожно по 20 капель химически чистой концентрированной серной кислоты и после этого 1—2 капли 0,5% раствора марганцовокислого калия. Полное обесцвечивание в течение 1—2 минут исследуемого раствора укажет на присутствие в нем алкоголя, тогда как в контрольной пробирке жидкость останется окрашенной в розовый цвет. Проба не является строго специфичной для этилового спирта, ее могут дать в положительной степени также ацетон, эфир, метиловый спирт, альдегиды, се-

роводород, бензин. Надо следить, чтобы в пробирку не попали вместе с выдуваемым воздухом кусочки пищи и слюны.

Б. Проба по Архангеловой. Техника остается такой же, но вместо марганцовокислого калия берут 1—3 капли 0,3% раствора дихромовокислого калия. В присутствии алкоголя при продувании желтая окраска раствора переходит в зеленую вследствие восстановления бихромата в соль окиси хрома.

В. Проба по Мохову и Шинкаренко. Определение паров этилового спирта по Мохову и Шинкаренко производится при помощи специальных индикаторных трубок, имеющих сухую индикаторную набивку (реагент), что исключает необходимость в проведении каких-либо манипуляций с реактивами в момент экспертизы (рис. 81). Реагент индикаторных трубок состоит из носителя (силикагеля), импрегнированного раствором хромового ангидрида и концентрированной серной кислоты. При воздействии на реагент парами этилового спирта происходит реакция, во время которой восстанавливаются ионы шестивалентного хрома до ионов трехвалентного хрома. В связи с этим оранжевая (или желтая) окраска реагента изменяется в зеленый цвет, что оценивается как положительная реакция.

При оценке реакций следует иметь в виду, что реагент индикаторных трубок не является строго специфичным индикатором для этилового спирта. Так же как и в других пробах, положительную реакцию реагента вызывают пары эфира, метилового спирта, альдегидов, ацетона и большие концентрации сероводорода, полученные в лабораторных условиях.

Несмотря на некоторую неспецифичность метода, все же индикаторные трубки выгодно отличаются от других проб тем, что при воздействии на реагент парами некоторых веществ, лекарств и ядов отсутствует положительная реакция реагента, в то же время она имеет место в других пробах (табл. 26). Поэтому индикаторные трубки могут быть рекомендованы в качестве приема для дифференциальной диагностики отравлений или заболеваний от состояния алкогольного опьянения.

Таблица 26

Результаты воздействия паров различных веществ на реагент индикаторных трубок

№ п/п	Наименование веществ	Окраска реагента после воздействия	№ п/п	Наименование веществ	Окраска реагента после воздействия
1	Этиловый спирт	Зеленая	15	Скипидар	Темно-коричневая
2	Метиловый спирт	»	16	Аммиак	Оранжевая
3	Эфир	»	17	Уксусная кислота	Коричневая
4	Ацетон	»	18	Щелочь	Оранжевая
5	Альдегиды	»	19	Дихлорэтан	Коричневая
6	Сероводород (большие концентрации)	»	20	Этиленгликоль	Оранжевая
7	Хлороформ	Оранжевая	21	Окись углерода	»
8	Хлоралгидрат	»	22	Валидол	»
9	Четыреххлористый углерод	Коричневая	23	Ментол	»
10	Бензин	Темно-коричневая	24	Камфара	Коричневая
11	Бензол	Черная	25	Пиридин	Оранжевая
12	Толуол	»	26	Пары воды	»
13	Керосин	Оранжевая	27	Чистый вдыхаемый воздух	■
14	Фенол	Коричневая	28	Слюна	

Правила пользования индикаторными трубками¹, каждая из которых рассчитана только на однократное употребление, предусматривают несколько манипуляций. Перед употреблением на герметической индикаторной трубке делают напильником два надреза: один вблизи заплавленного широкого конца трубки, а другой — вблизи вершины конусообразной заплавки. После этого оба конца трубки отламывают. Трубку предлагают взять исследуемому в рот со стороны широкого конца и интенсивно непрерывно продувать воздух в направлении реагента в течение 20—25 секунд. Этого времени вполне достаточно для обнаружения паров спирта. При слабом продувании выдыхаемого воздуха, содержащего пары алкоголя, желтая окраска индикатора может изменяться в зеленый цвет не полностью, а частично. Однако и в этом случае реакция считается положительной. Контроль за интенсивностью струи продуваемого воздуха осуществляется путем наблюдения за отклонением пламени горячей свечи (спички), подносимой к периферическому суженному концу трубки. При отсутствии спичек рекомендуется направлять струю продуваемого воздуха на увлажненную поверхность тыльной стороны кисти и судить об интенсивности продуваемого воздуха по ощущению охлаждения кожи. При сильном ветре и низкой температуре воздуха можно применять тонкостенные резиновые баллоны емкостью до 1—1,5 л (типа детских воздушных шаров). Баллон надевают на суженный конец трубки и предлагают его надуть продуваемым воздухом. Необходимо иметь в виду, что для достоверности пробы нельзя допускать продувание воздуха отдельными короткими выдохами, чередуемыми со вдохами, так как при этом на реагент будут воздействовать порции воздуха, не содержащие паров алкоголя.

Предварительная проба на содержание алкоголя в крови и моче

В пробирку (или в небольшую колбочку) помещают 5—7 мл воды и 1 мл исследуемой крови. Пробирку плотно закрывают пробкой с проходящей через нее стеклянной изогнутой трубкой длиной до 50 см с оттянутым концом. Трубка должна быть чистой и сухой.

Содержимое пробирки взбалтывают и нагревают на пламени горелки или спиртовки до кипения.

Пары спирта, температура кипения которого ниже кипения воды (78,3°), поднимаются и уходят в трубку первыми. В холодной части трубки пары сгущаются в жидкость, быстро стекающую струйками по стенкам вниз, и снова испаряются.

Таким образом, в трубке на протяжении 2—10 см, смотря по содержанию спирта, получается кольцо весьма подвижной волнующейся и блестящей жидкости, совершенно отличное от того, которое наблюдается при кипении при таких же условиях чистой воды.

По мере согревания трубки кольцо поднимается вверх и, наконец, достигает истонченного конца трубки.

У выхода трубки пары спирта можно поджечь; они горят голубоватым пламенем.

Эта же проба может быть проведена с мочой (без разведения водой).

При вынесении окончательного заключения следует помнить, что предварительные пробы не специфичны. Как указывалось выше, в сомнительных и неясных случаях для количественного определения алкоголя необходимо направлять кровь и мочу исследуемого в лабораторию.

¹ При отсутствии готовых трубок их можно изготовить на месте.

При взят
во избежани
вилами.

1. Кровь
лой Франк

2. Кожу
спиртом, на

3. Игла
быть проки

4. Проб
до 1,5 мл. П

крови для у
стить мелку

При заб
1. Обсл

или цилинд
в чистый с

склянки из

2. Спус
следуемом

во второй
вают (или

занием фа
мочи, ном

3. Кра
вания.

Посуда
стая, т. е

смесью, не

Рекоменду

Сосуды

снабжены

предварит

в дистилл

станиолем

Кровь

ки до мо

туре, опт

Проб

исследов

довании

Во изе

ся лишь

4% расте

предназн

и сполас

сушиваю

шегося н

вещества

О взят

состояни

ративног

следует

Равн

ранений

При взятии крови, предназначенной для лабораторного исследования, во избежание ошибок следует руководствоваться следующими правилами.

1. Кровь берут из мякоти пальца или из мочки уха путем прокола иглой Франка или скарификатором.

2. Кожу обрабатывают раствором сулемы 1 : 1000. Дезинфекция кожи спиртом, настойкой йода или бензином не допускается.

3. Игла Франка или скарификатор перед использованием должны быть прокипчены в воде или прокалены на пламени горелки.

4. Пробу крови помещают в небольшую пробирку емкостью около 1,5 мл. Пробирку заполняют доверху. В случае взятия 5—10 капель крови для уменьшения воздушного столба на дно пробирки можно поместить мелкую стеклянную дробь.

При заборе мочи следует придерживаться следующих правил.

1. Обследуемому предлагают выпустить всю мочу в чистый стакан или цилиндр. Из общего количества полученной мочи часть ее помещают в чистый сосуд. Для этой цели можно рекомендовать чисто вымытые склянки из-под стрептомицина или пенициллина.

2. Спустя 30—45 минут одновременно со вторым взятием крови об-
следуемому предлагают снова помочиться. Эту порцию мочи помещают во второй сосуд. Оба сосуда нумеруют и к ним дополнительно приклеивают (или иным способом прикрепляют) соответствующие этикетки с указанием фамилии, инициалов обследуемого, даты и часа взятия крови или мочи, номер пробы.

3. Крайне желательно взятие третьей порции мочи в конце обследо-
вания.

Посуда, в которую будут помещать кровь, должна быть абсолютно чи-
стая, т. е. предварительно вымыта, обработана хромпиксернокислой
смесью, несколько раз сполоснута дистиллированной водой и просушена.
Рекомендуется иметь постоянный запас обработанной чистой посуды.

Сосуды, которые предназначены для проб крови и мочи, должны быть
снабжены хорошо подогнанными резиновыми или корковыми пробками,
предварительно прокипченными в воде с прибавлением щелочи и затем
в дистиллированной воде. Желательно, чтобы пробка была обернута
станиолом.

Кровь и моча должны сохраняться от момента помещения их в склян-
ки до момента доставки в лабораторию при возможно низкой темпера-
туре, оптимально при температуре $+4^{\circ}$.

Пробы крови и мочи должны быть доставлены в лабораторию для
исследования не позднее одних суток, так как при более позднем иссле-
довании возможны ошибки в результатах анализа.

Во избежание гемолиза крови или ее свертывания можно пользовать-
ся лишь стабилизаторами: 4% раствором щавелевокислого натрия или
4% раствором лимоннокислого натрия. С этой целью в чистый сосуд,
предназначенный для крови, наливают несколько капель этого раствора
и споласкивают им стенки. Сосуд опрокидывают вниз горлышком и про-
сушивают при комнатной температуре или в сушильном шкафу. Остав-
шегося на стенках сосуда некоторого количества выкристаллизованного
вещества достаточно для стабилизации помещенной в сосуд крови.

О взятии проб крови и мочи у лиц, находящихся в бессознательном
состоянии после травмы черепа, а также у лиц, находящихся после опе-
ративного вмешательства под эфирным или хлороформным наркозом,
следует отметить в документе обследования.

Равным образом отмечают наличие у обследуемого поверхностных
ранений, обработанных спиртом или йодной настойкой.

При установлении алкогольного опьянения могут быть вынесены следующие заключения.

1. Никаких признаков употребления испытуемым спиртных напитков не обнаружено (патофизиологические явления отсутствуют, поведение испытуемого правильное, химические пробы на алкоголь отрицательные).

2. Практически в момент обследования трезв, но результаты исследования указывают на наличие следов алкоголя (запах алкоголя, химическая проба на алкоголь слабо положительная).

3. Имеются умеренные явления нарушения интеллекта, эмоционально-волевой сферы, вегетативно-сосудистых реакций, двигательной сферы. Биохимические пробы на алкоголь положительны. Диагноз: легкая степень опьянения¹.

4. Имеются отчетливо выраженные явления опьянения со значительным нарушением процессов мышления, критической способности, внимания, резким усилением или извращением аффектов, нарушением движений, расстройством со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной системы. Отмечается запах алкоголя; пробы на алкоголь положительные. Диагноз: средняя степень опьянения.

5. Имеются признаки общего торможения нервной системы, включая серьезные нарушения со стороны не только головного мозга, подкорковых центров, но спинного и продолговатого мозга. Пробы на алкоголь положительные. Общий наркоз. Кома. Возможен смертельный исход. Диагноз: тяжелая степень опьянения.

*Сводная ориентировочная схема соотношения
концентрации алкоголя в крови и его влияния²*

0,00‰ — алкоголя в крови нет, влияние его отсутствует. При отрицательном результате исследования мочи, выдыхаемого воздуха и слюны можно уверенно говорить об отсутствии алкоголя в организме.

При отсутствии алкоголя в крови и при его наличии в выдыхаемом воздухе и моче не ниже 0,20‰ и в слюне не ниже 0,30—0,40‰ можно констатировать факт предшествующего приема алкоголя и конечный отрезок времени фазы элиминации алкогольного опьянения.

0,01—0,20‰ — «физиологическое» содержание алкоголя в крови. Точность любого из существующих микрометодов количественного определения алкоголя лежит в пределах 0,12—0,20‰. По одному такому результату исследования алкоголя в крови о факте приема алкоголя говорить не представляется возможным. Влияние алкоголя отсутствует. Цифра до 0,20‰ не исключает приема алкоголя и не доказывает его. Факт предшествующего приема алкоголя может быть подтвержден содержанием алкоголя в выдыхаемом воздухе и моче не ниже 0,20‰ и в слюне не ниже 0,30—0,40‰.

0,20—0,50‰ — незначительное (начальное, «пороговое») влияние алкоголя в первую очередь на малопривычных и непривычных к нему людей. Практически незначительное влияние алкоголя на всех людей сказывается при содержании его в крови не ниже 0,30‰. Внешние проявления опьянения у подавляющего большинства людей отсутствуют. Эти цифры нуждаются в подтверждении положительными результатами исследования мочи, выдыхаемого воздуха и слюны.

0,50—1,00‰ — легкое влияние алкоголя, проявляющееся у любого человека и в любых условиях. Можно говорить о несомненном приеме алкоголя. Внешние проявления опьянения выявляются только у небольшого числа людей, в основном у непривычных к алкоголю.

1,00—1,50‰ — выраженное влияние алкоголя. Концентрация алкоголя в крови 1,50‰ во многих странах принимается как граница абсолютной невозможности вождения автотранспорта для любого человека и в любых условиях. Внешние проявления опьянения выявляются не у всех обследуемых.

¹ Следует иметь в виду, что и легкие степени опьянения, связанные с нарушением внимания, быстроты реакции, с ослаблением самоконтроля, с появлением беспечности, излишней самоуверенности, могут быть вредными и опасными при работе на современном производстве и транспорте.

² В. А. Б а л а к и н. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. М., 1962.

1,50—2,00‰ — *среднее влияние алкоголя*. Внешние проявления опьянения выявляются у большинства людей.

2,00—3,00‰ — *сильное влияние алкоголя*. Для непривычных и малопривычных к алкоголю людей ■ некоторых больных эта концентрация может быть токсической. Внешние проявления опьянения выявляются почти у всех людей.

3,00—4,00‰ — *очень сильное влияние алкоголя*, тяжелое опьянение. У большинства людей наступает коматозное состояние. ■ значительном проценте случаев при этой концентрации наступает смерть. Внешние проявления выявляются у всех людей, в любых условиях.

4,00—5,00‰ — *угрожающая алкогольная интоксикация*. Алкогольная кома. Для большинства людей — смертельная концентрация.

5,00—6,00‰ — *абсолютно смертельная концентрация алкоголя ■ крови*. У незначительного числа чрезвычайно привычных к алкоголю людей ■ отдельных случаях смертельная концентрация встречается в пределах до 7,00‰.

Влияние приема алкоголя на вождение автомашины. При автопроисшествиях приходится устанавливать иногда зависимость между обнаруженной концентрацией алкоголя ■ крови ■ способностью вождения автомашины. Соответствующие данные подробно экспериментально разработаны многими авторами. Установлено, что прием даже незначительных количеств алкоголя сказывается на скорости реакции водителя при возникновении каких-либо препятствий. Отмечается также превышение скорости, увеличивающейся соответственно количеству принятого алкоголя.

Концентрацию алкоголя ■ крови, равную 1,0‰, следует считать границей относительной невозможности вождения автомашины, а абсолютной — 1,5‰ (В. А. Балякин).

Для диагностики субклинических, легких и средних степеней опьянения одного клинического освидетельствования недостаточно и требуется применение более объективных и точных методов исследования — методов количественного определения алкоголя ■ крови и моче обследуемых лиц.

И. С. Карандаевым и В. В. Томилиным (1966) были проведены экспериментальные исследования с целью изучения соответствия между клинической картиной указанных степеней опьянения и концентрацией алкоголя ■ крови. Кроме клинического обследования, авторами дополнительно проводилась проба на активный нистагм (по Taschen'y) и изучались образцы письма.

Авторы пришли к следующим выводам.

1. Применяемые в практической врачебной работе клинические признаки для диагностики алкогольного опьянения не могут служить достоверными критериями для определения легких степеней опьянения и могут играть лишь вспомогательную роль.

2. Проба на активный нистагм является характерным показателем алкогольной интоксикации.

3. Навык письма под влиянием алкоголя существенно нарушается. Эти изменения могут выявляться при весьма незначительном содержании алкоголя в крови (0,4—0,6‰) и степень их выраженности зависит от концентрации алкоголя в крови, фазы алкогольного опьянения (ре-зорбции или элиминации) и степени овладения пишущим навыком письма (рис. 82).

4. Наиболее объективные и достоверные результаты при диагностике алкогольного опьянения могут быть получены при определении концентрации алкоголя в крови.

В качестве дополнительных методов наряду с общим клиническим обследованием должны быть использованы проба письма и проба на активный нистагм.

Состояние похмелья, наблюдаемое обычно на следующий день после приема алкоголя, нередко также может быть причиной тя-

- ① В ближайшие годы предстоит разработать конструкции и освоить выпуск новых видов машин и оборудования для нужд торговли и общественного питания. Намечено значительно увеличить выпуск упаковочных материалов, бытового стекла, мебельной посуды.
- ② В ближайшие годы предстоит разработать конструкции и освоить выпуск новых видов машин и оборудования для нужд торговли и общественного питания. Намечено значительно увеличить выпуск упаковочных материалов, бытового стекла, мебельной посуды.
- ③ В ближайшие годы предстоит разработать конструкции и освоить выпуск новых видов машин и оборудования для нужд торговли и общественного питания. Намечено значительно увеличить выпуск упаковочных материалов, бытового стекла, мебельной посуды.
- ④ В ближайшие годы предстоит разработать конструкции и освоить выпуск новых видов машин и оборудования для нужд торговли и общественного питания. Намечено значительно увеличить выпуск упаковочных материалов, бытового стекла, мебельной посуды.
- ⑤ В ближайшие годы предстоит разработать конструкции и освоить выпуск новых видов машин и оборудования для нужд торговли и общественного питания. Намечено значительно увеличить выпуск упаковочных материалов, бытового стекла, мебельной посуды.

Рис. 82. Изменение навыка письма гр-на К. при алкогольной интоксикации.
Концентрации алкоголя в крови: проба 1 — 0,0‰; проба 2 — 1,4‰; проба 3 — 1,8‰; проба 4 — 2,0‰; проба 5 — 1,7‰.

железнодорожных пропускных
ве. Не всегда
служивает. Оби
нужно и освидет
датель нет основа
жаться и на с
стройств внут
свидетельству
вание лиц, нах
чественным исс

Ниже приво
расстройствах
него, установле
чук (1957) на
тины сердца п
исследуемого с
видную, втяну
куполом диафр
тяжении были
тельно-пульсн
тени отмечали
шечные тени
учащался до
симальное 140

После прие
и на следующ
картина была
Автор полагае
гут быть испо

17/XII 1966 г. в
17/XII 1966 г. су
Петрова Леонид
На разрешен
1. В трезвом
2. Правдопо
ную автомашин
3. Если Пет
какое количеств
питки, то к мом
к вождению авт
Обстояте
селенными пунк
машин. Одной н
ния автомашин
управлял водите
вление автомаш
Петровым, шла
Просматриваемо
асфальт. Ширин
на железобетон
В результате ст
Пассажиры авто
лица. На автом
ра, повреждены
ны и имелись
был пьян.

24 м. и. Авдее

При обследовании водителя 17/XII 1966 г. в 23 часа 20 минут установлено: запах алкоголя от выдыхаемого воздуха слабо положительный; при проведении качественной пробы с выдыхаемым воздухом (проба Рапопорта) она оказалась положительной.

Предъявляемые жалобы: взволнованность в связи с происшествием, небольшая головная боль, объясняемая как результат перенесенного волнения.

Данные объективного исследования: исследование начато 17/XII в 23 часа 20 минут и закончено 18/XII 1966 г. в 0 часов 40 минут. Обследуемый правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост 177 см, вес 72 кг. Со слов обследуемого, привычность к алкоголю умеренная, переносимость алкоголя при хорошей закуске 600—700 мл водки, в предыдущие годы несколько больше. По свидетельским показаниям, привычность к алкоголю у Петрова большая. Физическая нагрузка за предшествующие 12—15 часов до происшествия умеренная, после происшествия также умеренная. После происшествия был очень взволнован, возбужден. Одежда обследуемого чистая, опрятная, несколько помята. Следов рвоты на одежде не заметно. Обследуемый производит впечатление трезвого человека. Он несколько возбужден и озлоблен; в явно преувеличенных выражениях субъективно оценивает поведение водителя встречной автомашины. Память на предшествующие происшествию часы хорошая. Событие происшествия помнит в деталях: «Хотя все произошло быстро и неожиданно, но я помню все, начиная от того, что встречная автомашина шла на повышенной скорости и водитель заехал на центр дороги». Обследуемый самокритичен, но производит впечатление человека, стремящегося поставить себя в выгодное положение. Понижения общей умственной работоспособности не отмечается. Обследуемый имеет образование 8 классов средней школы. Свободно в уме производит простые и средней сложности арифметические действия, считает правильно, быстро. Обследуемому были даны следующие задачи: 96×6 ; 17×7 ; $247 + 36$, $358 - 179$ и ряд более простых. Предложен для чтения простой текст (газета). Читает бегло, хорошо, правильно. Текст с вычеркнутыми буквами читает достаточно хорошо, почти в таком же темпе, как и при невычеркнутых буквах. Речь связная, ясная, интонации правильные, логические ударения в фразах правильные. Сложные слова повторяет правильно. Скороговорки выполняет безукоризненно. Кожа лица красная, лицо вспотевшее, глаза несколько гиперемированы, влажные. Дыхание ровное — 20 дыхательных движений в минуту. Пульс 72—74 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Зрачки равномерные, расширенные, реакция на свет живая. Корнеальные рефлексы живые. Обследуемый подвижен, временами даже суетлив, жесты преувеличенного объема — «широкие». Мимика оживленная. Походка уверенная, свободная; обследуемый даже несколько бавирует четкостью движений при ходьбе. Повороты делает четко. Устойчивость при стоянии с открытыми и закрытыми глазами безупречная, лишь при нагибании вперед и в стороны при закрытых глазах есть некоторая неуверенность и легкое пошатывание. Точные движения выполняет хорошо; уверенно и четко поднимает монету с пола, при закрытых глазах точно касается пальцами руки до кончика носа. Отмечается незначительное дрожание пальцев рук при закрытых глазах и вытянутых вперед руках. Дрожание век резко выражено при закрытых глазах. Сухожильные рефлексы повышенные, живые. Все виды чувствительности сохранены. На легкие уколы кончиком иглы обследуемый в некоторых случаях отвечает судорожными подергиваниями того или иного участка тела. Обследуемому предложено встать в центр комнаты и он был повернут 5 раз вокруг собственной оси. Вслед за выполнением этой задачи нистагма не наблюдалась. Двоения в глазах нет. Обследуемый был посажен на стул на расстоянии 5 м от стола. На стол положены, примерно на одном уровне с глазами, различные предметы: коробки спичек, пачки папирос и сигарет, пробирки; все предметы были расположены на различном расстоянии от края стола. Обследуемому было предложено определить: какой из двух или трех предметов лежит ближе или дальше от края стола, т. е. от обследуемого. Все ответы при проведении этой задачи давались быстро и правильно. Пробы производились с активным участием самого обследуемого.

Ширина поля зрения достаточная. Эта проба производилась без применения приборов. Обследуемый усаживался на стул и ему предлагалось фиксировать взгляд на предмете, расположенном впереди него на одном уровне с лицом. Сбоку, справа и слева показывали предметы и обследуемому предлагалось первоначально установить появление предмета, а на втором этапе и определить по возможности сам предмет. Появление предмета отмечалось обследуемым при угле около 85° и точное определение его при $70-75^\circ$.

Обследуемому предлагали задачи по определению цветов. Разreshалось в порядке уточнения или при затруднениях определить цвет давая ответы по аналогии со встречающимися в быту и в природе цветами. На столе были разложены лоскутки текстильной ткани и моточки ниток. Среди набора этих предметов было 12 цветов, каждый цвет имел от 4 до 7 тональностей и оттенков и, таким образом, в общей сложности было расположено 70 предметов. Некоторые из лоскутков ткани имели «дубликаты» (заранее некоторые лоскутки были разрезаны пополам). Задавали в отношении некоторых предметов вопросы: «какой это цвет?». Ответы все были правильными; в отдель-

ных случаях обследо-
лоскутки например, с
оттенком и добыва-
с каждой группой
даны в руки два
найти одинаковые
с такой же окраской

Аккомодация, в
задерживалась, в
меты правильно.

Симптом Мэри
ненных зрачков
зался неубедите-

возникавший от
обращал внимание
был без заметной

Память на
шая, события про-
Обследуемому

и сделать глубо-
Продолжена
ние воздуха чер-

пробы делалось
контролем. Про-
С согласия

дующего лабора-
30 минут и втор-
иглой Франка Р

йода. Образцы
оказалось около
обработанными

но обработан-
вали на пламен-

Со слов об-
перед выездом
20 минут, б) в

первом мочеис-
Образцы мочи
Склянки напол-

помещено нес-
щавелевокисль-

В промеж-
тельного (на 5
в количестве 5

риновой кисло-
ной слюне пом-

Все пробы
в холодильнике
торного иссле-

Данные
мочи и слюны
алкоголя по

Исследова-
день в 13 час
Результат

Исследо-
вания мо-
Белкиным В
24*

ных случаях обследуемый в порядке собственной инициативы давал пояснения по аналогии: например, один из лоскутков он правильно назвал желтым с легким оранжевым оттенком и добавил: «Как цвет желтой спелой смородины». Задачи давали почти с каждой группой цветов и ответы получали абсолютно правильные. Обследуемому даны в руки два цветных лоскута материи и предложено среди находящихся на столе найти одинаковые цвета. В течение 5—6 секунд обследуемый нашел два лоскута с такой же окраской, как и данные ему в руки.

Аккомодация на свет хорошая. Аккомодация в относительной темноте несколько задерживалась, но спустя 7—9 секунд обследуемый определил все указываемые предметы правильно.

Симптом Мэнзуэна и Глейстера — некоторое расширение обычно суженных у опьяненных зрачков при болевом раздражении и быстрое их последующее сужение — оказался неубедительным. Запаздывания внимания на световой раздражитель с стороны, возникавший от зажигания спички, не наблюдалось. Как правило, обследуемый всегда обращал внимание на появление света. Таким образом, симптом «мерцающего огня» был без заметного запаздывания.

Память на ближайшие и отдаленные события, как уже упоминалось выше, хорошая, события происшествия также помнит хорошо.

Обследуемому было предложено на несколько мгновений задержать дыхание и сделать глубокий выдох. От выдыхаемого воздуха запаха алкоголя не ощущалось.

Проделана качественная проба с выдыхаемым воздухом по Рапопорту. Выдыхание воздуха через стеклянную трубочку с небольшой ватной пробкой при проведении пробы делалось активно и добросовестно. Проба производилась с соответствующим контролем. Проба Рапопорта отрицательная.

С согласия обследуемого из мякоти пальца были взяты пробы крови для последующего лабораторного исследования по Видмарку. Первая проба взята в 23 часа 30 минут и вторая — в 0 часов 30 минут. Кожу пальцев обрабатывали перед проколом иглой Франка раствором сулемы, заключительная дезинфекция проведена настойкой йода. Образцы крови помещены в пробирки емкостью около 1,5 мл. В первой пробирке оказалось около 1,4 мл крови, а во второй около 1,3 мл. Пробирки плотно закупорены обработанными и подогнанными резиновыми пробками. Пробирки были предварительно обработаны щавелевокислым натрием. Иглу Франка перед употреблением прокаливали на пламени.

Со слов обследуемого, последнее мочеиспускание у него было в 21 час 40 минут, перед выездом в рейс. За время обследования были взяты образцы мочи: а) в 23 часа 20 минут, б) в 23 часа 30 минут и в) в 0 часов 30 минут. Общее количество мочи при первом мочеиспускании 150 мл, при втором — 15 мл и при третьем — около 50 мл. Образцы мочи были помещены в обработанные щавелевокислым натрием склянки. Склянки наполнены доверху. Для повышения уровня мочи второго образца в склянку помещено несколько чистых стеклянных дробин, предварительно обработанных щавелевокислым натрием.

В промежуток времени с 23 часов 45 минут до 24 часов 00 минут после предварительного (на 5—7 минут) прополаскивания полости рта водой в склянку взята слюна в количестве около 10 мл. Склянка для слюны была предварительно обработана пикриновой кислотой. Для уменьшения воздушного столба в склянке на дно ее к собранной слюне помещены стеклянные дробинки.

Все пробы крови, мочи и слюны 18/XII 1966 г. в 1 час 00 минут были помещены в холодильник с постоянной температурой +4° и сохранялись в нем до начала лабораторного исследования.

Данные лабораторного исследования. Забранные образцы крови, мочи и слюны подвергались количественному исследованию на содержание этилового алкоголя по методу Видмарка в модификации Шоймоша.

Исследование начато 18/XII 1966 г. в 10 часов 30 минут и закончено в тот же день в 13 часов 45 минут.

Результаты исследования:

Пробы	Содержание алкоголя (в ‰)
Кровь, проба № 1 (в 23.30)	0,17
Кровь, проба № 2 (в 0.30)	0,11
Моча, проба № 1 (в 23.20)	0,15
Моча, проба № 2 (в 23.30)	0,11
Моча, проба № 3 (в 0.30)	0,09
Слюна (от 23.45 до 24.00)	0,37

Исследование проводила старший лаборант Григорьева А. М. Контрольные исследования мочи и слюны производились Лариной Г. Е. и судебно-медицинским экспертом Белкиным В. А.

Примечание. Исследование крови, мочи и слюны произведены в обычном плане.

Исследования объектов гр-на Петрова и контрольные исследования мочи и слюны с прибавлением к навеске материала в чашечку колбы Видмарка: а) к моче — 1 капля 10% едкой щелочи, б) к слюне в одной серии опытов по 1 капле 10% едкой щелочи и в другой серии несколько мелких кристаллов вольфрамата натрия.

Расхождения в результатах исследования между мочой и слюной при контрольных исследованиях оказались в среднем равными 3‰, максимально — 6‰. Приняты результаты обычного исследования, без добавления к навескам щелочи и вольфрамата натрия.

Навески крови, мочи и слюны в анализе помещали в станиолевые чашечки, которые в свою очередь ставили в чашечку колбы Видмарка. Навески в основном исследовании были в пределах 150—200 мл, в контрольном исследовании — от 300 до 400 мл.

Заключение. На основании данных освидетельствования гр-на Петрова Л. В., данных лабораторного исследования крови, мочи и слюны, а также принимая во внимание обстоятельства дела, прихожу к следующему заключению:

1. Ко времени начала освидетельствования Петрова Л. В. 17/XII 1966 г. в 23.20 у него признаков алкогольного опьянения не обнаружено.

2. Данных в том, что Петров Л. В. незадолго до происшествия принимал алкогольные напитки, не имеется.

Считаю, что Петров Л. В. был к этому времени трезв. По данным химического исследования, в организме Петрова Л. В. к моменту обследования этилового алкоголя не обнаружено (1). Полученные результаты всех химических исследований в совокупности исключают прием алкогольных напитков в последние 3—4 часа до обследования.

Прием алкогольных напитков в предыдущие часы исключить нельзя. К моменту происшествия, может быть, и были в организме незначительные количества алкоголя или его следы, но эти количества не могли оказать влияния на вождение автомашины. К моменту происшествия в крови содержание алкоголя не могло превышать 0,3‰.

Если допустить, что в моменту происшествия в крови Петрова Л. В. содержался алкоголь в количестве 0,30‰, то ко времени обследования содержание алкоголя в моче было бы, примерно, около 0,30—0,40‰. Учитывая, что ошибка опыта не превышает 0,22‰ и в анализе получены стойкие низкие значения «редуцирующего числа» для мочи (0,15—0,00‰ и 0,09‰), можно допустить, что алкоголя в моче не было.

3. Если Петров Л. В. принимал в день происшествия алкогольные напитки, то влияние возможных их следов ко времени происшествия в данном конкретном случае (учитывая его возраст, переносимость и привычность к алкоголю) исключается.

(Подпись)

Заключение судебно-медицинского эксперта по установлению состояния опьянения (по материалам дела)

22/VIII 1966 г. на основании отношения автоинспектора Петрова от 21/VIII 1966 г. судебно-медицинский эксперт Белкин В. А. произвел судебно-медицинскую экспертизу по поводу установления наличия алкогольного опьянения шофера Кулакова С. Н., относящегося ко времени совершения автоаварии 16/VIII 1966 г.

На разрешение поставлены следующие вопросы.

1. Соответствует ли объяснение Кулакова С. Н. действительности в отношении приема им алкоголя?

2. Может ли сохраниться запах алкоголя 16/VIII 1966 г. к 23 час. 50 мин., если Кулаков 15/VIII в 12 часов дня выпил не 120 мл водки, а значительно большую дозу?

3. Не указывает ли наличие запаха алкоголя у Кулакова о принятии им спиртных напитков в день происшествия, т. е. 16/VIII 1966 г.? Нет ли в справке врача, освидетельствовавшего Кулакова, противоречия в смысле наличия алкогольного запаха изо рта при его трезвом состоянии? При каких условиях это возможно?

Обстоятельства дела и документальные данные. 16/VIII 1966 г. в 21 час 30 минут на шоссе между городами С. и К. произошло столкновение встречно идущих грузовых автомашин ЗИС-156 и ГАЗ-63. Первой из машин управлял шофер Кулаков С. Н. и второй шофер Сидоров А. Б.

Через несколько часов после столкновения автомашин водители Кулаков и Сидоров были освидетельствованы дежурным врачом Н-ской больницы. В справках врача указано: «У Кулакова изо рта ощущается запах винного спирта. По своему внешнему виду обследуемый трезв». «У Сидорова запах алкоголя изо рта не ощущается. По своему внешнему виду Сидоров трезв». Обследование того и другого производилось 16/VIII 1966 г. в 23 часа 50 минут.

Поводом для врачебного освидетельствования было то, что несколько лиц, прибывших на место происшествия 16/VIII 1966 г. после 21 часа 30 минут, ощущали запах алкоголя от выдыхаемого воздуха у водителя автомашины ЗИС-156 Кулакова С. Н.

На допросе Кулаков показал, что он выпил 15/VIII в 12 часов дня 120 мл обычной водки (40°), пообедал и в 18 часов выехал в рейс из С. в К. 16/VIII перед происшествием Кулаков С. Н. принимал пищу и спал в течение 4 часов. Кулаков С. Н. объясняет ощущаемый запах алкоголя изо рта приемом 120 мл водки 15/VIII 1966 г. в 12 часов. Прием большого количества алкоголя и прием алкоголя 16/VIII 1966 г. Кулаков отрицает.

В результате столкновения упоминаемых грузовых автомашин из кузова ГАЗ-63 упали на мостовую 5 пассажиров и получили различные телесные повреждения. У одного из них имеется перелом костей таза. Обе столкнувшиеся автомашины получили повреждения и нуждаются в ремонте. При допросе водителя Кулаков С. Н. и Сидоров А. Б. указывают, что они ехали по своей стороне дороги. Ширина полотна дороги 5 м, покрытие дороги — асфальт. Видимость — 50 м.

Выводы. На основании изучения материалов следственного дела о столкновении грузовых автомашин, управляемых Кулаковым и Сидоровым, установлено следующее:

1. Объяснение Кулакова С. Н. приема им 15/VIII 1966 г. в 12 часов 120 мл 40° водки и запах алкоголя изо рта от приема этого количества алкоголя через 33—36 часов не соответствуют действительности.

2. 120 мл 40° водки соответствуют 48 мл алкоголя или 40 г алкоголя. Известно, что в зависимости от ряда условий, главным образом от привычности к алкоголю и от физического напряжения, в один час сгорает и выделяется из организма от 5 до 10 г алкоголя. Таким образом, принятые 40 г алкоголя должны сгореть и выделиться в течение 4—8 часов.

Опытом и практикой установлено, что запах от выдыхаемого воздуха ощущается при содержании алкоголя в крови около 0,30‰ и выше. При концентрации в крови алкоголя ниже 0,30‰ запаха алкоголя от выдыхаемого воздуха не ощущается.

Если Кулаков С. Н. выпил 15/VIII 1966 г. в 12 часов 120 мл водки, т. е. 40 г алкоголя, то концентрация алкоголя в крови 0,30‰ и ниже должна устанавливаться в тот же день к 15 часам и максимально к 19 часам. За пределами этих сроков запаха алкоголя ощущаться не может, хотя низкие концентрации алкоголя в крови еще продолжают оставаться. При приеме очень больших, токсических количеств алкоголя на высоте опьянения концентрация алкоголя в крови достигает обычно 3—4—5‰. Вне зависимости от привыкания к алкоголю при концентрации алкоголя в крови 4—5‰ все люди находятся в бессознательном, коматозном состоянии. И даже при максимально принятых переносимых количествах алкоголя сгорание и выделение алкоголя из организма полностью происходят в течение 24 часов. Исключение наблюдается в единичных случаях и не может превышать 28—30 часов.

Следует заметить, что из обстоятельств дела видно, что 15/VIII 1966 г. в 18 часов Кулаков С. Н. начал совершать свой длительный путь на автомашине из С. в К. Если допустить, что 15/VIII 1966 г. в 12 часов Кулаков С. Н. принял токсическую дозу алкоголя, то при таком положении он большую часть суток после приема алкоголя не был в состоянии управлять автомашиной.

Таким образом, прием алкоголя 15/VIII 1966 г. в 12 часов в количестве 120 мл водки (40 г алкоголя) с остаточными явлениями в виде запаха от выдыхаемого воздуха полностью исключается, так же как прием токсической дозы в тот же срок.

3. Запах алкоголя от выдыхаемого Кулаковым С. Н. воздуха ощущали свидетели, прибывшие на место происшествия вскоре после столкновения автомашин и в 23 часа 50 минут при врачебном освидетельствовании. Следовательно, в 23 часа 50 минут 16/VIII 1966 г. концентрация алкоголя в крови у Кулакова С. Н. была не ниже 0,30‰, а к моменту происшествия соответственно выше. За 2½ часа, прошедших от времени столкновения автомашин до врачебного освидетельствования, концентрация алкоголя в крови понизилась не менее чем на 0,30—0,40‰.

При врачебном освидетельствовании Кулаков имел вид трезвого человека. Отсутствие внешних проявлений алкогольного опьянения при наличии запаха винного спирта может быть объяснено следующим:

а) При эмоциональных напряжениях и при сильных психических потрясениях (в данном случае ситуация столкновения автомашин с их повреждениями, пострадавшие от падения из автомашины) нередко наблюдается значительное снижение внешних проявлений алкогольного опьянения, а в отдельных случаях даже «моментальное вытрезвление». Однако при этих состояниях содержание алкоголя в организме не исчезает и не наблюдается заметного ускорения сгорания и выделения алкоголя.

б) У некоторых людей, особенно у привычных к алкоголю и хорошо переносящих его, при относительно высоких концентрациях алкоголя в крови, например при концентрации 1‰ и даже выше, в обычных условиях внешние проявления алкогольного опьянения бывают незаметными или могут быть выявлены специальными методами исследования.

Таким образом, ■ данном случае на основании имеющихся данных можно утверждать, что ощущаемый запах алкоголя от выдыхаемого воздуха у Кулакова С. Н. 16/VIII 1966 г. ■ 21 час 30 минут и в 23 часа 50 минут был вследствие приема алкоголя за несколько часов до происшествия или, может быть, за несколько десятков минут до происшествия.

(Подпись)

Ниже приводятся справочные таблицы (27, 28, 29) к экспертизе алкогольного опьянения.

Таблица 27

Соотношение между весовыми ■ объемными единицами 96% спирта
■ объемными единицами 40% водки
(И. В. Скопин, 1959)

96% спирт в г	96% спирт в мл	40% водка в мл	96% спирт в г	96% спирт в мл	40% водка в мл
1	1,22	3,02	20	24,62	60,86
2	2,46	6,19	30	36,94	91,33
3	3,69	9,12	40	49,25	124,40
4	4,92	12,27	50	61,57	158,83
5	6,14	15,07	60	73,9	194,6
6	7,39	18,37	70	86,2	215,736
7	8,62	21,31	80	98,52	243,54
8	9,84	24,32	90	110,83	283,97
9	11,07	27,24	100	123,14	304,40
10	12,18	31,44			

Таблица 28

Количество миллилитров 96% спирта, содержащегося в различных объемах спиртных напитков
(И. В. Скопин, 1959)

Наименование напитка	Крепость	Объем в миллилитрах									
		100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
1. Водка	40°	40	80	120	160	200	240	280	320	360	400
2. Вина	11°	11	22	33	44	55	66	77	88	99	110
	13°	13	26	39	52	65	78	91	104	117	130
	15°	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150
	16°	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160
	17°	17	34	51	68	85	102	119	136	153	170
	18°	18	36	54	72	90	108	126	144	162	180
	19°	19	38	57	76	95	114	133	152	171	190
	20°	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200
3. Коньяки:											
3 звездочки	40°	40	80	120	160	200	240	280	320	360	400
4 звездочки	41°	41	82	123	164	205	246	287	328	369	410
5 звездочек	42°	42	84	126	168	210	252	294	336	378	420
Юбилейный	43°	43	86	129	172	215	258	301	344	387	430
4. Различные сорта пива:											
Жигулевское	2,8°	2,8	5,6	8,4	11,2	14,0	16,8	19,6	22,4	25,2	28,0
Рижское	3,4°	3,4	6,8	10,2	13,6	17,0	20,4	23,8	27,2	30,6	34,0
Ленинградское	6,0°	6,0	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Ленинградское темное	5,0°	5,0	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Московское	3,5°	3,5	7,0	10,5	14,0	17,5	21,0	24,5	28,0	31,5	35
Украинское	3,2°	3,2	6,4	9,6	12,8	16,0	19,2	22,4	25,6	28,8	32,0
Мартовское	3,8°	3,8	7,6	11,4	15,2	19,0	22,8	26,6	30,4	34,2	38,0
Бархатное	2,5°	2,5	5,0	7,5	10,0	12,5	15	17,5	20	22,5	25

Таблица 29

Перечень спиртных напитков с указанием их крепости (по преysкуранту № 017,
Москва, 1951 г., приказ Министерства торговли СССР № 125, 1951 г.)
(И. В. Скопин, 1959)

Наименование спиртных напитков	Крепость	Наименование спиртных напитков	Крепость
Столовые вина:		Крепкие вина ординарные	
Столовое белое	11,0—13,0°	Вермут белый	18°
Розовое № 20	11,0—12,0°	» красный	18°
Крепкие вина:		Портвейн белый № 10	17,0°
Портвейн красный	19,0°	» розовый № 11	17,0°
» розовый	17,0°	» красный № 12	19,0°
» белый № 14	17,0°	» белый № 13	19,0°
» высший сорт	19,0°	» красный № 14	18,0°
» лучший	18,0°	Мадера № 19	19,5°
» красный выдержанный	18,0°	» № 16	19,0°
Мадера	19,0°	Херес	20,0°
Мадера высший сорт	19,5°	Портвейн белый № 33	18,0°
Айгешат, марочное	19,0°	Портвейн красный № 36	18,0°
Десертные вина		» » № 30	19,0°
Кагор	16,0°	Рислинг № 5	9,0—12,0°
» лучший	16,0°	Советское шампанское	
Малага, марочное	16,0°	Самое сухое	10,5—12,5°
Мускат белый	16,0°	Очень »	10,5—12,5°
» марочное	15,0°	Сухое	10,5—12,5°
» розовый, марочное	15,0°	Полусухое	10,5—12,5°
Коньяки:		Сладкое	10,5—12,5°
3 звездочки	40,0°	Цимлянское полусладкое	12,0—13,5°
4 звездочки	41,0°	Белое шампанское полусладкое	11,5°
5 звездочек	42,0°	Волжское крепкое	18,0°
Юбилейный	42,0°—43,0°		
Водка	40°		

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ РУКОВОДСТВА ЛИТЕРАТУРЫ

Юридическая литература

- Аниязиц М. К. Ответственность за преступления против жизни. М., 1964.
Бородин С. В., Палиашвили А. Я. Вопросы теории и практики судебной экспертизы. М., 1963.
Гражданский Кодекс РСФСР. М., 1964.
Гражданский процессуальный кодекс РСФСР. М., 1964.
Дубовец П. А. Ответственность за телесные повреждения. М., 1964.
Дулов А. В. Вопросы теории судебной экспертизы. Минск, 1959.
Дулов А. В. Права и обязанности участников судебной экспертизы. Минск, 1962.
Дурманов Н. Д. Общие основания учения о причинной связи в уголовном праве. Вопросы уголовного права. Сб. 1. М., 1945.
Крылов И. Ф. Судебная экспертиза в уголовном процессе. Изд. Лен. ун-та, 1963.
Макашвили В. Г. Уголовная ответственность за неосторожность. М., 1957.
Никифоров Б. С. (ред.) Научно-практические комментарии Уголовного кодекса РСФСР. Изд. 2-е. М., 1964.
Пионтковский А. А., Меньшагин В. Д. Курс советского уголовного права. Особенная часть. Т. I. М., 1955.
Пионтковский А. А. Учение о преступлении. М., 1961.
Процессуальные следственные акты. М., 1962.
Самалюк А. Ответственность за истязания. Сов. юстиция, 1965, 12.
Сборник Постановлений Пленума Верховного Суда СССР 1924—1963 гг. М., 1964.
Сборник Постановлений Пленума и определений Коллегии Верховного Суда СССР по вопросам уголовного процесса 1946—1962 гг. М., 1964.
Сборник Постановлений Пленума, Президиума и определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР 1961—1963 гг. М., 1964.
Сборник Постановлений Президиума и определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР 1957—1959 гг. М., 1960.
Советское уголовное право. Общая часть. М., 1959.
Советское уголовное право. Особенная часть. Изд. Моск. ун-та, 1964.
Солодкин И. И., Филановский И. Г. Ответственность за оскорбление, клевету и побой. М., 1959.
Уголовное законодательство Союза ССР и союзных республик. Тт. 1, 2. М., 1963.
Уголовный кодекс РСФСР. М., 1962.
Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР. М., 1962.
Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, 1960 г. Комментарии. Изд. Моск. ун-та. М., 1962.
Шаргородский М. Д. Преступления против жизни и здоровья. М., 1948.
Шаргородский М. Д. Ответственность за преступления против личности. Л., 1953.
Энциклопедический словарь правовых знаний. М., 1965.

Литература к отдельным главам

Главы IV—IX

- Авакян Н. М., Назаретян К. Л., Торосян А. С. К судебно-медицинской характеристике переломов бедренной кости. Сборник трудов Научного общества судебных медиков Литовской ССР. Т. II, 1965, 89.
Авдеев М. И. Социалистическая законность, 1958, 2.
Авербах М. И. Офтальмологические очерки. М., 1940.
Авербах М. И. Повреждения глаз и окружающих их частей. Изд. АН СССР. М.—Л., 1945.
Акимов В. И., Кантор З. М. Закрытая травма живота. Киев, 1963.
Алиев М. А. Судебно-медицинская экспертиза. Тула, 1957.
Арешев П. Г. Судебно-медицинская квалификация повреждений глаз и потеря зрения. Дисс. М., 1950.
Ахунбаев Н. К., Френкель Г. Л. О классификации шоков. Фрунзе, 1960.
Бабич Б. К. Абмудаторное лечение переломов. Киев, 1952.
Бабук В. В. Травматический шок и острые кровопотери. Минск, 1953.
Базилевская З. В. Закрытые повреждения позвоночника. М., 1962.
Боевые повреждения уха, горла и носа. Сборник научных работ под редакцией Б. С. Преображенского. М., 1948.
Бокштейн Ф. С. Внутриносовая хирургия. М., 1956.
Бокштейн Ф. С. Вестн. сов. оторинолар., 1932, 2.

- Бронштейн Е. З. Судебно-медицинская характеристика повреждений зубами человека. Вопр. суд.-мед. экспертизы. М., 1955.
- Бум А. Учение о несчастных случаях (травматология). СПб, 1911.
- Быстрицкий М. И. Перелом костей таза. М., 1960.
- Вагнер Е. А., Цуканов В. И. Хирургия, 1960, 11.
- Вильчур О. М., Ефимов В. В., Лепехина Л. П., Соболева М. С. Хирургия, 1960, 11.
- Виноградов И. П., Гурьев А. С. Лабораторные методы исследования в практике судебно-медицинской экспертизы. М., 1966.
- Внутрисуставные переломы. Под редакцией В. Г. Вайнштейна. Л., 1959.
- Григорьева Т. С. Лечение производственной травмы конечностей. М., 1960.
- Дамье Н. Г. Основы травматологии детского возраста. М., 1960.
- Дубов И. Д. Сов. хир., 1934, VII, 4.
- Дымшиц Р. А. Острая кровопотеря. Челябинск, 1958.
- Евдокимов А. И., Васильев Г. А. Хирургическая стоматология. М., 1959.
- Закрытая травма живота. Сборник Ин-та им. Склифосовского. Т. VI. М., 1961.
- Казакевич И. Е. Клиника и лечение закрытых повреждений позвоночника. М., 1959.
- Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов. М., 1956.
- Карчикян С. И. Травматические повреждения периферических нервов. Л., 1962.
- Карякин П. Я. Судебно-медицинское исследование повреждений колюще-режущими орудиями. М., 1966.
- Касаткин Б. С. О судебно-медицинской квалификации непроникающих ранений живота с последующей пробной лапаротомией. Труды Пермск. мед. ин-та. В. 31. Пермь, 1960.
- Колесов В. И. Проникающие ранения грудной клетки. М., 1955.
- Коровин А. М. Диагностика последствий сотрясения головного мозга. Воен.-мед. журн., 1963, 5.
- Кузин М. И. Клиника, патогенез и лечение синдрома длительного раздавливания. М., 1959.
- Ланда А. М., Михайлова Н. М. Профилактика и лечение спортивных повреждений. М., 1953.
- Матвеев Н. Д. Травма головы и связанные с ней повреждения уха и носа. Дальгиз, 1959.
- Мельников Ю. Л. Экспертные критерии для определения тяжести не смертельных повреждений при диагнозе «сотрясение мозга». Дисс. М., 1954.
- Михельсон Н. М. Повреждения лица и челюстей и их лечение. М., 1956.
- Мухин М. В. Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий. М., 1961.
- Научная сессия Ин-та им. Склифосовского, посвященная травме грудной клетки и органов грудной полости. Тезисы и рефераты докладов. М., 1964.
- Николаев Г. Ф. Закрытые повреждения печени. М., 1955.
- Новиков А. Н. Сотрясение мозга. М., 1955.
- Одинцов В. П. Курс глазных болезней. Медгиз, 1964.
- О квалификации телесных повреждений (юридическая консультация). Соц. законность, 1955, 7.
- Основы травматологии. Под редакцией В. В. Гориневской. Т. I, II. М., 1952.
- Поляк Б. Л. Военно-полевая офтальмология. М., 1957.
- Поляк Б. Л. Военно-полевая офтальмология. М., 1957.
- Пырлина Н. П. Судебно-медицинская оценка повреждений лица. М., 1951.
- Расследование и квалификация преступлений по делам о причинении телесных повреждений (в помощь следователю). Соц. законность, 1962, 4.
- Розанов Б. С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения. М., 1961.
- Рубежанский А. Ф. Стоматология, 1960, 2.
- Руководство по неврологии. Т. VIII. Травма нервной системы. М., 1962.
- Савостин Г. А. О значении исследования иссеченных краев ран при экспертизе колото-резаных повреждений у живых лиц. Вопросы травматологии, токсикологии и т. д. в экспертной практике. М., 1966.
- Самолук И. Советская юстиция, 1965, 12.
- Самохвалова А. С. Травмы уха, горла, носа. М., 1960.
- Сапунов Б. Н. О судебно-медицинском обследовании в некоторых критериях при экспертизе не смертельных закрытых повреждений ребер. Дисс. М., 1956.
- Скопин И. В. Судебно-медицинское исследование повреждений рубящими орудиями. Саратов, 1960.
- Скопина Э. Л. Вестн. оторинолар., 1957, 6.
- Степанян-Тараканова А. М. Травматическая болезнь спинного мозга. М., 1959.
- Темкин Я. С. Контузионные поражения уха. В кн.: Боевые повреждения уха, горла и носа. М., 1948.

- Темкин Я. С. и Рутенбург Д. М. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки. М., 1949.
- Терновский С. Д. Хирургия детского возраста. М., 1959.
- Титов А. И. Патогенез и клиника контузионных травм ЛОР-органов. Л., 1953.
- Тиходеев С. М. Закрытые травмы легких в рентгеновском освещении. М., 1946.
- Тишкевич И. Соц. законность. 1959, 3.
- Травматический шок. Под ред. И. Р. Петрова. Л., 1962.
- Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. М., 1959.
- Травматология и ортопедия детского возраста. М., 1953.
- Труды Всесоюзной конференции врачей-стоматологов по вопросу травматологии челюстно-лицевой области. М., 1959.
- Угрюмов В. М. Повреждения позвоночника и спинного мозга и их хирургическое лечение. М., 1961.
- Усова М. М. Закрытые повреждения ключицы. М., 1963.
- Филиппов А., Быховский Н. Соц. законность. 1962, 4.
- Фрейдин Н. М. Поражения спинного мозга и физические методы их лечения. М., 1957.
- Хирургия повреждений нервной системы. Под редакцией Е. Шамова. Л., 1959.
- Хорошко Н. В. Опыт лечения проникающих ранений грудной клетки. Воен.-мед. журн., 1956, № 2.
- Хорошко Н. В. Хирургическая тактика при ранениях груди мирного времени. Автореф. дисс. М., 1966.
- Хромов Б. М. Вывихи и переломы. Изд. 2-е. М., 1960.
- Парфис И. Г. Болезни суставов и их лечение. М., 1957.
- Целла А. К. Ошибки судебно-медицинских экспертов при квалификации переломов костей верхних конечностей. Сборник трудов Научного общества судебных медиков Литовской ССР. Т. II, 1965.
- Чернавский В. А. Переломы бедра и их лечение. М., 1958.
- Шершевская О. И. Производственный травматизм глаз и его профилактика. М., 1959.
- Шиманович Р. А. Экспертиза живых лиц по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Мосгорздравотдела. Вопросы травматологии и др. в экспертной практике. М., 1966.
- Энштейн Г. Я. Лечение ложных суставов и замедленной консолидации. Л., 1940.
- Эйдлин Л. М. Огнестрельные повреждения. Ташкент, 1963.

Глава X

- Дмитриева В. С. Рубцы лица и шеи после травматических и химических ожогов и их хирургическое лечение. М., 1955.
- Михельсон Н. М. Рубцы кожи после ожогов и ранений и борьба с ними. М., 1947.
- Серебренников И. М. Судебно-медицинское исследование рубцов кожи. М., 1962.

Глава XI

- Бычков И. Я., Исаев Н. С. Уголовная ответственность за заражение венерической болезнью. М., 1931.
- Вейнеров И. Б. и Рожинский Л. М. Трихомонадный уретрит у мужчин. Киев, 1956.
- Духанов А. Я. Урология детского возраста. М., 1961.
- Ильин И. И. Негонококковые венерические уретриты у мужчин. Л., 1962 (лит.).
- Кан А. Г. Гонорейные заболевания женского организма. М., 1950.

Глава XII

- Актуальные вопросы судебно-трудовой экспертизы. Труды I Республиканской научно-практической конференции, 1959. Киев, 1962.
- Авербах А. Я. и Бурейко В. М. Основы судебно-трудовой экспертизы. М., 1960.
- Авербах Ф. А. Судебно-трудовая экспертиза при глазных заболеваниях. Изд. 2-е. М., 1962.
- Барышников К. И. Врачебная экспертиза. Симуляция и экспертиза. Л., 1926.
- Батыгин К. О возмещении ущерба в связи с повреждением здоровья на производстве. Профиздат, 1964.
- Белякова А. М. Возмещение вреда, причиненного увечьем. М., 1961.
- Берлянд А. С. Экспертиза временной нетрудоспособности. М., 1961.
- Борисов Г. Я., Гореватый Л. Н. Пособие по временной нетрудоспособности. М., 1961.

- Батыгин К. С. О возмещении ущерба в связи с повреждением здоровья на производстве. Профиздат, 1963.
- Боголепов Н. К., Арбатская Ю. Д. Врачебно-трудовая экспертиза при травмах головного мозга. М., 1957.
- Боголепов Н. К. Врачебно-трудовая экспертиза при нервных и психических заболеваниях. Медгиз, 1960.
- Берлянд А. С. Экспертиза временной нетрудоспособности. М., 1961.
- Боголепов Н. К. и Арбатская Ю. Д. Врачебно-трудовая экспертиза при травмах головного мозга. М., 1957.
- Вегер А. М. Справочник врача по вопросам экспертизы трудоспособности. Киев, 1965.
- Вигдорчик Н. А. Методика врачебно-трудовой экспертизы. Л., 1948.
- Врачебно-трудовая экспертиза. Руководство для врачей. Тт. 1, 2, 3. М., 1950.
- Врачебно-трудовая экспертиза. Практическое пособие для врачей ВТЭК и ВКК. Киев, 1958.
- Врачебно-трудовая экспертиза. Под редакцией А. Ф. Третьякова. М., 1959.
- Врачебно-трудовая экспертиза при хирургических заболеваниях. Под редакцией И. Л. Фаермана. М., 1961.
- Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях центральной нервной системы. М., 1964.
- Вопросы врачебной экспертизы трудоспособности. В помощь практическому врачу. М., 1948.
- Гладштейн М. М. Врачебная экспертиза трудоспособности. М., 1952.
- Георгиевский М. М. Врачебно-трудовая экспертиза при неврозах. М., 1957.
- Долгов А. П., Соловьева А. В. Врачебно-трудовая экспертиза заболеваний кожи. М., 1961.
- Инструкция по определению групп инвалидности. Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно. Список профессиональных заболеваний. Инструкция по применению списка профессиональных заболеваний. М., 1958.
- Караваев В. В. Пособие по временной нетрудоспособности. М., 1952.
- Караваев В. В., Кафтановская А. М., Лифшиц Р. З. Возмещение ущерба, причиненного здоровью рабочих и служащих. Комментарии. М., 1963.
- Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей. М., 1948.
- Кудрявцев М. А. Врачебно-трудовая экспертиза при травмах головного мозга. М., 1962.
- Курляндский В. Ю. Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей. М., 1948.
- Марцинковский Б. И. Основы врачебно-трудовой экспертизы. М., 1947.
- Майданик Л. А., Сергеева Н. Ю. Материальная ответственность за повреждение здоровья. М., 1962.
- Маленин Н. С. Возмещение вреда при повреждениях здоровья несовершеннолетних. М., 1962.
- Маленин Н. С. Возмещение вреда, причиненного личности. М., 1965.
- Маленин Н. С. Сов. юстиция, 1965, 10.
- Методические основы врачебно-трудовой экспертизы при заболеваниях периферической нервной системы. Под ред. Р. А. Шахновича. М., 1964.
- Михайловская И. Сов. юстиция, 1967, 2.
- Основы врачебно-трудовой экспертизы. М., 1960.
- Постановление № 8 Пленума Верховного Суда СССР от 14 декабря 1961 г.
- Постановление № 8 Пленума Верховного Совета СССР от 2 октября 1961 г. «О порядке рассмотрения споров о возмещении предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с работой». Бюллетень Верховного Суда СССР, 1962, I.
- Правила возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой. Бюллетень Верховного Суда СССР, 1962, I.
- Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК). Сборник законодательных актов о труде. М., 1958.
- Профессиональные болезни. Под редакцией Г. Д. Арнаутова, И. Г. Гельмана, Б. Б. Когана. Биомедгиз, 1936.
- Райхман А. Б., Ватажина А. А., Зелингер И. И. Трудовое устройство в сельском хозяйстве инвалидов с повреждением конечностей. М., 1956.
- Симоненко Г. Материальное обеспечение рабочих и служащих при трудовом увечьи и профессиональном заболевании. М., 1964.
- Список профессиональных заболеваний. Сборник законодательных актов о труде. М., 1958.

- Справочник профсоюзного работника. Профиздат, 1962.
 Серпокров Н. В., Авербах Ф. А., Островская М. Н. Методические основы
 врачебно-трудовой экспертизы при заболеваниях органа зрения. М., 1964.
 Трегубов С. Л. Методика и практика судебно-медицинской экспертизы тру-
 доспособности. М., 1960.
 Трефилов И. М. Исчисление пособий по временной нетрудоспособности. М., 1958.
 Указ Президиума Верховного Совета СССР от 2 октября 1961 г. «О порядке рас-
 смотра споров о возмещении предприятиями, учреждениями, организациями
 ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением
 здоровья, связанным с их работой». Справочник профсоюзного работника. Проф-
 издат, 1962.
 Хаген И. Клиника профессиональных заболеваний. М.—Л., 1961.
 Широкова М. В. Законодательные и инструктивные методические материалы по
 врачебно-трудовой экспертизе. М., 1948.
 Экспертиза трудоспособности при нервных и психических заболеваниях. М., 1960.
 Яичков К. К. Права, возникающие в связи с потерей зрения. М., 1964.

Глава XIII—XIV

- Авдеев М. И. Пособие по судебной медицине. М., 1943.
 Беккер Л. Симмуляция болезней и ее определение. СПб., 1910.
 Винокуров Г. И. Воен.-мед. журн., 1965, 7.
 Воячек В. И. Избранные вопросы военной отоларингологии. Л., 1934.
 Гольман С. В. Симмуляция и аггравация болезней нервной системы. Руководство по
 военной невропатологии. Под редакцией М. И. Аствацатурова. ОГИЗ, 1935.
 Гранат Б. С. Казанск. мед. журн., 1927, 11.
 Калашник Я. М. Судебная психиатрия. Учебник для юристов. М., 1961.
 Калина О. Г. Одесск. мед. журн., 1928, 5.
 Коган А. Н. Нов. хир. арх., 1935, 34, 3.
 Краттер Ю. Руководство судебной медицины. М., 1928.
 Круковер М. И. Вестн. сов. отоларингол., 1935, 11.
 Мальков А. С. Ночное недержание мочи. М., 1958.
 Михеев В. В. Сов. мед., 1941, 3.
 Мясичев В. Н. Личность и неврозы. Изд. ЛГУ, 1960.
 Надеждин В. А. Искусственные и притворные болезни. Л., 1927.
 Перельман Л. Б. Реактивная постконтузионная глухонмота. Ее распознавание
 и лечение. М., 1943.
 Пашенков С. З. Ипохондрические состояния. М., 1956.
 Портнов А. А., Федотов Д. Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии.
 М., 1957.
 Сладков А. А. Врач. газ., 1925, 9.

Главы XV—XIX

- Арист И. Д. Влагалищный цикл женщины. Сборник работ по акушерству и гинеко-
 логии. М., 1944.
 Арешев Г. Я. Журн. акуш. и гинекол., 1935, XI, 1.
 Беккер С. М. Патология беременности. М., 1964.
 Бабадаглы А. Х. Универсальная расчетная акушерская линейка. Киев, 1966.
 Бернард В. Г. О значении смегмы при половых преступлениях. Сборник работ
 Государственного научн.-иссл. института судебной медицины. М., 1940.
 Богоров И. И. Продолжительность беременности и ее диагностика. Л., 1939.
 Богоров И. И. Гинекология детского возраста. М., 1960.
 Бодяжина В. И. Сов. мед., 1957, 2.
 Гентер Г. Г. Врач. газета. М., 1930, 12.
 Грищенко О. А. К вопросу определения искусственного прерывания беременности
 химическим исследованием. Труды судебно-медицинских экспертов Украины.
 Киев, 1958.
 Гуртовой Л. Е. Гинекол. и акуш., 1933, 5.
 Дединас А. И. Некоторые данные о половом созревании девушек Капсуцкого
 района Лит. ССР. Сборник трудов Научного общества судебных медиков Лит.
 ССР, 1965, т. II, 26.
 Дозорцева Г. Л. Функциональная диагностика в акушерстве и гинекологии на
 основе цитологических исследований. Минск, 1952.
 Жмакин К. А. и др. Основы эндокринологической гинекологии. М., 1966.
 Крупко А. Я. Гормональные методы диагностики беременности. М., 1956.
 Курдиновский Е. М., Бронникова К. Н. Половое созревание и половые
 проявления у юношества. М., 1929.
 Лебедев А. А., Рудаков А. В. Определение срока беременности. М., 1955.

- Либерман Л. Л. Врожденные нарушения полового развития. Л., 1966.
 Мандельштам. Семiotика и диагностика женских болезней. М., 1959.
 Мацпанова О. Д. Акуш. и гинекол., 1940, 7—8.
 Мильман Л. Я. Импотенция. М., 1965.
 Муханов А. И. К вопросу определения пола у живых людей. Труды судебно-медицинских экспертов Украины. Киев, 1965.
 Николов Н. С., Енчев Е. М., Ганов П. В., Докумов С. И., Вирбанов В. Г. Лабораторная, функциональная и рентгеновская диагностика в акушерстве и гинекологии. София, 1964.
 Норейко Т. С. О половом созревании девушек Карелии. Сборник трудов Научного общества судебных медиков Лит. ССР, 1965, т. 2.
 Норейко Т. С. Менструации как признак половой зрелости. Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов. В. III. Петрозаводск, 1966.
 Норейко Т. С. Половая зрелость ■ свете юридического законодательства ■ некоторые сведения об этом понятии из юридической литературы. Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов. В. III. Петрозаводск, 1966.
 Оридорога М. Г. Расторжение брака. М., 1958.
 Панфиленко О. А. Журн. судебно-медицинская экспертиза. М., 1965, 1.
 Попов Н. В. Судебно-медицинская экспертиза. М., 1927, 7.
 Попова Е. Ф. Самопроизвольный угрожающий выкидыш (лит.). М., 1950.
 Побединский М. Н. Бесплодие женщины. М., 1949.
 Поркшеян О. Х. Определение половой зрелости с судебно-медицинской и акушерской точек зрения. Материалы трудов IV съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1957.
 Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. М., 1957.
 Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. М., 1960.
 Порудоминский И. М. Бесплодие у мужчин. М., 1964.
 Пухнарович В. И. Определение способности ■ оплодотворению у мужчин в судебно-медицинской практике. Сборник научных работ по судебной медицине и пограничным областям. М., 1955.
 Рясенцев В. А. Судебно-медицинская экспертиза, 1927, кн. 7.
 Сердюков М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. М., 1964.
 Ставская Е. Я. Перенашивание беременности. М., 1949.
 Уилкинс Л. Диагностика и лечение эндокринных нарушений ■ детском ■ юношеском возрасте. М., 1963.
 Юркевич Н. Заключение брака по советскому праву. Минск, 1965.
 Эпштейн И. В. Урология. М., 1959.
 Физиология ■ патология пубертатного возраста. Под ред. Б. Братанова и К. Кубата. София, 1965.

Главы XX—XXIII

- Жижиленко А. А. Половые преступления (УК РСФСР). Практический комментарий. М., 1924.
 Жижиленко А. А. Право и жизнь. М., 1924, 2.
 Жижиленко А. А., Оршанский Л. Г. Половые преступления. Л., 1927.
 Карнович Г. Б., Коршик М. Г. Расследование половых преступлений. М., 1958.
 Правонарушения ■ области сексуальных отношений. Под редакцией Е. К. Краснушкина, Г. М. Сегала, Ц. М. Файнберг. М., 1927.
 Кукарский И. Сов. юстиция. М., 1963.
 Николов Н. С., Евчев Е. М. и др. Лабораторная функциональная и рентгеновская диагностика в акушерстве ■ гинекологии. София, 1964.
 Люблинский П. Н. Преступление ■ области половых отношений. М.—Л., 1926.
 Миронов С. М. Судебная гинекология. В кн.: Руководство по женским болезням. Под редакцией Л. А. Кравского. Л., 1927.
 Постановления Пленума Верховного Суда СССР. Судебная практика по делам об изнасиловании. Бюллетень Верховного Суда СССР, 1961, 1.
 Сирота В. М. К вопросу о правовой и судебно-медицинской характеристике некоторых видов половых преступлений. Материалы 3-й расширенной научной конференции. Киев, 1958.
 Физиология и патология пубертатного возраста. Под редакцией Б. Братанова, К. Кубата. София, 1965.
 Френкель Е. П. Половые преступления. Одесса, 1927.
 Шалаев Н. Г. Судебно-медицинская экспертиза обвиняемого в изнасиловании. Вопр. суд.-мед. экспертизы и криминалистики. Горький, 1959.
 Шалаев Н. Г. Судебно-медицинская экспертиза подозреваемых в половых преступлениях. Автореферат дисс. Горький, 1966.
 Шалаев Н. Г. Осмотр и судебно-медицинская экспертиза насильника. Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов. Петрозаводск. В. III, 1966.

- Шалаев Н. Г. Судебно-медицинская экспертиза по делам о мужеложстве. Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов. Петрозаводск. В. III., 1966.
- Хижнякова К. И. Цитология секрета молочной железы в норме и при некоторых заболеваниях. М., 1965.
- Яковлев Я. М. Судебная экспертиза при расследовании половых преступлений. Душанбе, 1966.

Глава XXIV

- Агапов Н. И. Клиническая стоматология детского возраста. М., 1953.
- Алексев В. П. Остеометрия. Методика антропологических исследований. М., 1966.
- Алимов А. З. Техника и методика антропометрических измерений. М., 1955.
- Анатомо-физиологические особенности детей и подростков. Сборник АМН РСФСР. В. 97. М., 1958.
- Аркин Е. А. Особенности школьного возраста. М., 1947.
- Арямов И. А. Особенности детского возраста. М., 1953.
- Башкиров П. Н. Антропометрия. БМЭ. Т. 2, ст. 386—410. М., 1957.
- Башкиров П. Н. Возраст. БМЭ. Т. 5, М., 1958.
- Башкиров П. Н. Учение о физическом развитии человека. Изд. Московского университета. М., 1962.
- Брейтман М. Я. Клиническая семиотика и дифференциальная диагностика эндокринных заболеваний. Л., 1949.
- Бродовская В. С. Основные признаки физического развития и их возрастной динамике. М., 1934.
- Бунак В. В. Методика антропометрических исследований. М.—Л., 1931.
- Валькер Ф. И. Морфологические особенности развивающегося организма. М., 1951.
- Возраст рентгенологический. БМЭ. Т. 5. М., 1959.
- Дьяченко В. А. Рентгеноостеология. М., 1954.
- Запись актов гражданского состояния. Сборник официальных документов. М., 1961.
- Жданова С. А. Медико-биологические основы определения возраста человека в судебно-медицинском отношении (лит.). М., 1966.
- Израэлян Л. Г. Анатомо-физиологические даты детского возраста. М., 1959.
- Кирова М. А. Определение возраста в судебно-медицинской практике с применением рентгенографии кисти и дистального отдела предплечья. Вопросы судебно-медицинской экспертизы. В. 2, 1955.
- Лаппо-Дроздова А. И. Динамика физического развития подростков. М., 1960.
- Лебедев Д. Возраст. БМЭ. Т. 5. М., 1958.
- Мартин Р. Краткое руководство по антропометрическим измерениям. М., 1929.
- Методика антропометрических измерений. Под редакцией В. В. Бунака. М.—Л., 1931.
- Павельски С. и Заводски З. Физиологические константы в клинике внутренних болезней. М., 1964.
- Пархон К. И. Возрастная биология. Бухарест, 1959.
- Рогинский Я. Я. и Левин М. Г. Основы антропологии. М., 1955.
- Рохлин Д. Г. Рентгеноостеология и рентгеноантропология. Л.—М., 1936.
- Ставицкая А. Б., Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков. М., 1959.
- Тур А. Ф. Пропедевтика детских болезней. М., 1955.
- Фараджеева К. Я. Таблицы и методика оценки основных показателей физического развития школьников. Баку, 1962.
- Цейтлин А. Г. Физическое развитие детей и подростков. М., 1963.
- Штефко В. Г. Возрастная остеология. М.—Л., 1947.
- Штефко В. Г. Введение в изучение анатомо-биологических особенностей пубертатного возраста. Основы возрастной морфологии. Под общей редакцией Э. Ю. Шурпе. М., 1933.

Главы XXV

- Балякин В. А. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. М., 1962.
- Богачук А. И. Воен.-мед. журн., 1957, 12.
- Инструкция и методическое указание по диагностике алкогольного опьянения. М., 1951. Сборник организационно-методических материалов по судебно-медицинской экспертизе. М., 1960.
- Мохов Л. А., Шинкаренко И. П. К вопросу экспертизы алкогольного опьянения. Сов. мед., 1955, 11, 67—70.
- Скопин И. В. Количественное определение алкоголя в диагностике опьянения. М., 1959.
- Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора		2
Введение		5

Часть первая

Общие положения судебно-медицинской экспертизы живых лиц

Глава	I. Основные процессуальные положения судебно-медицинской экспертизы живых лиц	7
Глава	II. Поводы и порядок судебно-медицинской экспертизы живых лиц	16
Глава	III. Некоторые особенности судебно-медицинской экспертизы живых лиц	24

Часть вторая

Судебно-медицинская экспертиза по поводу телесных повреждений

Глава	IV. Тяжкие телесные повреждения	37
Глава	V. Менее тяжкие и легкие телесные повреждения	59
Глава	VI. Характеристика и оценка степени тяжести телесных повреждений отдельных областей тела	62
Глава	VII. Другие вопросы, возникающие при определении степени тяжести телесных повреждений	115
Глава	VIII. Объяснения некоторых понятий, встречающихся при экспертизе телесных повреждений, и методические указания по ее проведению	127
Глава	IX. Особенности судебно-медицинской экспертизы при отдельных видах повреждений. Определение механизма повреждений	136
Глава	X. Судебно-медицинская экспертиза рубцов кожи	150
Глава	XI. Судебно-медицинская экспертиза заражения венерической болезнью	155

Часть третья

Судебно-медицинская экспертиза определения утраты трудоспособности, состояния здоровья, притворных и искусственных болезней и самоповреждений

Глава	XII. Судебно-медицинская экспертиза по поводу определения размера утраты трудоспособности	160
Глава	XIII. Судебно-медицинская экспертиза определения состояния здоровья	171
Глава	XIV. Судебно-медицинская экспертиза самоповреждений, искусственных и притворных болезней	175

Часть четвертая

Судебно-медицинская экспертиза по вопросам, связанным с отправлением пола

Раздел первый

Судебно-медицинская экспертиза установления пола и по делам, связанным с нормальным отправлением половых функций

Глава	XV. Судебно-медицинская экспертиза установления истинного пола	219
-------	--	-----

Глава XVI. Судебно-медицинская экспертиза установления половой зрелости	223
Глава XVII. Судебно-медицинская экспертиза установления способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию	242
Глава XVIII. Судебно-медицинская экспертиза установления половой неприкосновенности	255
Глава XIX. Судебно-медицинская экспертиза установления беременности, родов, аборта	269

Раздел второй

Судебно-медицинская экспертиза в делах о расследовании половых преступлений

Глава XX. Общие данные	286
Глава XXI. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании уголовных дел по поводу развратных действий	291
Глава XXII. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел об изнасиловании	298
Глава XXIII. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел о мужеложстве	323

Часть пятая

Судебно-медицинская экспертиза установления возраста ■ алкогольного опьянения

Глава XXIV. Судебно-медицинская экспертиза установления возраста	327
Глава XXV. Судебно-медицинская экспертиза установления алкогольного опьянения	347
Перечень использованной при составлении руководства литературы	368

Авдеев Михаил Иванович

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц

Редактор В. В. Томилин

Техн. редактор В. С. Артамонова, Корректор Т. А. Кузьмина

Художественный редактор Н. А. Гурова, Переплет художника К. Высоцкой

Сдано в набор 17/VII 1967 г. Подписано к печати 21/XII 1967 г. Формат бумаги 70×108^{1/16}
печ. л. 23,5+^{1/8} печ. л. вкл. (условных 33,08 л.) 34,20 уч.-изд. л. Бум. тип. № 1.
Тираж 5000 экз. Т-16 843 МН-73

Издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер. 6/8. Заказ 426. Типография
издательства «Звезда», Минск, Ленинский пр., 79.
Цена 3 р. 53 к.

иза
иза
нию, установления
за установления
за установления
за установления
расследования

при расследова-
вратных действий
при расследова-
при расследо-
323

ния возраста
установления 327
установления 347
литературы 368

изьмина
ка К. Высокой
ат бумаги 70x108^{1/2}
л. Бум. тип. № 1
аз 426. Типография

60 000



31758

ИЗДАТЕЛЬСТВО
•
СОВЕТСКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ
КООПЕРАЦИИ
•
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ИЗДАТЕЛЬСТВО
•
ИЗДАТЕЛЬСТВО
•
ИЗДАТЕЛЬСТВО